Document de travail de la Direction générale des services et de la promotion de la santé

HSPB 88-1

COORDINATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

ANALYSE DOCUMENTAIRE ET BIBLIOGRAPHIE

Canada

COORDINATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

ANALYSE DOCUMENTAIRE ET BIBLIOGRAPHIE

DGSPS 88-1

Ann P. Pederson
Richard K. Edwards
Merrijoy Kelner
Victor W. Marshall
Kenneth R. Allison

Département des sciences du comportement, Université de Toronto
Janvier 1988

Subvention nº 6606-3597-57X de
Santé et Bien-être social Canada

Le présent document a été préparé à l'intention de la Direction de la promotion de la santé et du Groupe de travail du PNRDS sur les priorités de recherche en promotion de la santé et en prévention des maladies. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Also available in English under the title "Coordinating Health Public Policy—An analytical literature review and bibliography".

89-05346/

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989

N° de cat. H39-139/1989F

ISBN 0-662-95288-X

REMERCIEMENTS

La présente étude a été faite grâce à une subvention obtenue dans le cadre du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, de Santé et Bien-être social Canada. Nous remercions le D[r] Irving Rootman, directeur intérimaire de la Division des ressources des programmes de la Direction de la promotion de la santé, PNRDS, pour son appui et ses conseils. Les auteurs ont grandement apprécié l'aide de Barbara Naegele, dans son rôle d'agent de liaison auprès de la Direction. Ron Draper, autrefois au service de la Direction, nous a aidés par ses conseils et les documents inédits qu'il a bien voulu nous fournir. Nous désirons remercier tout spécialement le professeur Rhonda Love, notre collègue du Département des sciences du comportement de l'Université de Toronto, qui nous a conseillés de façon générale et qui nous a aidés par ses critiques extrêmement utiles et réfléchies sur la forme et le contenu de notre texte. Nous désirons exprimer également notre gratitude à Joanne Gard Marshall pour l'aide fort utile et efficace qu'elle nous a apportée sur le plan de la recherche documentaire informatisée. Le traitement de texte a été fait par Eric Karonen, dont nous avons grandement apprécié le dévouement sans pareil. Enfin, nous désirons exprimer notre gratitude à Robin Badgley, directeur du Département des sciences du comportement, qui nous a fourni les ressources matérielles et humaines dont nous avons eu besoin pour faire ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements i

Table des matières ii

Aperçu iii

Chapitre 1 Introduction 1

Chapitre 2 Aperçu conceptuel et historique 3

Chapitre 3 Processus d'élaboration de la politique publique favorisant la santé 13

Chapitre 4 Processus de mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé 33

Chapitre 5 Mécanismes de coordination de la politique publique favorisant la santé 47

Chapitre 6 Recherche sur la politique publique favorisant la santé 65

Bibliographie 73

APERÇU

Le but premier de l'analyse documentaire qui fait l'objet du présent rapport n'était pas tant d'examiner le contenu de la politique publique favorisant la santé, mais plutôt d'étudier les méthodes permettant de mettre en oeuvre une telle politique. Nous avons constaté que les textes portant sur cette notion même tiennent, pour la plupart, un discours incitatif : leur nature est plus prescriptive qu'empirique. Ils nous ont aussi semblé hautement redondants ; en effet, les mêmes idées semblent reprises et retravaillées inlassablement, selon un processus qui mène à une vision ou une idéologie commune de ce qu'est une politique publique favorisant la santé et de la façon dont elle peut être coordonnée. Dans l'ensemble, les documents sur le sujet ne sont pas fondés sur le plan théorique.

La coordination et la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé sont des processus sociaux qui supposent la stimulation et la canalisation des motivations humaines, la création d'institutions sociales, la modification des rapports entre la personne et les institutions sociales, la mobilisation des collectivités ainsi que d'autres démarches fondamentalement sociales. Et pourtant, les documents que nous avons analysés ne renvoient pas aux publications du domaine des sciences sociales. Une stratégie de recherche utile consisterait à aborder explicitement les questions liées à la coordination de la politique publique favorisant la santé par la théorie des sciences sociales. Notre étude va donc essayer d'établir des liens entre les documents publiés en sciences sociales et la littérature propre au domaine de la politique publique favorisant la santé.

Ce rapport final a simplement pour but de passer en revue les principales questions qui sont analysées plus en détail dans le document joint à celui-ci et qui s'intitule *Coordination d'une politique publique favorisant la santé : analyse documentaire et bibliographie.* Ce document renvoie largement à toute une gamme de publications qui concernent la politique publique favorisant la santé, ainsi que d'autres domaines plus vastes qui peuvent contribuer à élargir la base des connaissances propre à diriger la recherche au sujet de cette politique.

QUESTIONS CONCEPTUELLES

La base de recherche dans le domaine de la coordination de la politique publique favorisant la santé met en lumière un large éventail de définitions. On constate une certaine ambiguïté conceptuelle par rapport à certaines questions, notamment la différence, si tant est qu'elle existe, entre une politique publique favorisant la santé, une politique de santé publique et une politique de promotion de la santé. On améliorera la recherche dans le domaine en portant une attention particulière à la conceptualisation et à la précision des définitions. Il est recommandé d'adopter les définitions utilisées dans les documents de l'OMS et dans *La santé pour tous* (1986). La promotion de la santé est perçue comme (traduction) "le processus qui consiste à conférer aux personnes et aux communautés les moyens de mieux maîtriser les déterminants de la santé et, par conséquent, d'améliorer leur santé" (*Health Promotion : Concept and Principles*, 1986:9). La politique publique qui favorise la santé se distingue de la politique traditionnelle des soins médicaux en ce que (traduction) "sa perspective est écologique et son envergure multisectorielle, tandis que sa stratégie appelle la participation" (Milio, 1987a, 1987b). La promotion de la santé constitue une stratégie particulièrement appropriée à l'amélioration de la santé, surtout dans les pays industrialisés. Dans les pays en voie de développement, cependant, l'accent sera plutôt mis sur la prestation de services de soins primaires.

Depuis la publication, en 1974, du document *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* et la création, en 1978, de la Direction de la promotion de la santé, le Canada est resté à l'avant-garde sur le plan de l'élaboration tant d'une politique de promotion de la santé que d'une politique publique favorisant la santé. Or, jusqu'à récemment, au Canada comme ailleurs, on a privilégié les efforts individuels en vue de modifier les comportements en matière de santé, plutôt que d'essayer d'améliorer la santé par des approches multisectorielles. Depuis quelques années, cependant, on a de plus en plus tendance à aborder la promotion de la santé selon une approche multisectorielle qui tient compte des contextes historiques et sociostructurels de la santé ainsi que des comportements qui la favorisent. Des approches multisectorielles utilisées récemment au Canada et mettant en jeu des initiatives en matière de politique publique favorable à la santé dans les domaines du tabagisme, des toxicomanies et de la sécurité routière permettent, par la recherche, d'obtenir de l'information sur la coordination des programmes, lorsque ceux-ci débordent les frontières tant des secteurs que des provinces et territoires. Grâce à ces nouvelles approches, la promotion de la santé coïncide de plus en plus avec la politique publique favorisant la santé.

Bien que sur le plan conceptuel cette dernière soit encore peu développée, on commence déjà à se désintéresser de la conceptualisation pour se pencher plutôt sur la mise en oeuvre. Ce changement se produit à tous les échelons, tant international que national, et tant régional que local ou communautaire. Ce faisant, cependant, on a le plus souvent négligé les étapes habituelles de mise en pratique des concepts et d'élaboration des indicateurs nécessaires à l'évaluation des résultats de la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé. Par conséquent, avant d'entreprendre la préparation de l'étude documentaire dans ce domaine et de déterminer les besoins en matière de recherche, nous avons dû élaborer un cadre conceptuel, lequel établit une distinction analytique entre le processus d'élaboration d'une politique publique coordonnée visant à favoriser la santé, d'une part, et le processus de mise en oeuvre d'une telle politique, d'autre part.

PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Tandis que les publications, surtout celles qui reposent sur la recherche, se font rares dans le nouveau domaine de la politique publique favorisant la santé, il existe une foule de documents pertinents dans les domaines plus généraux de l'analyse des politiques, des sciences politiques et de la sociologie, lesquels peuvent être utiles dans le cadre du processus d'élaboration de la politique publique favorisant la santé. Concepts et techniques de recherche peuvent être puisés dans ces domaines.

Le processus d'élaboration de la politique publique favorisant la santé est marqué par des exigences complexes sur les plans conceptuel et pratique. Il faut en effet qu'il soit **multisectoriel** et **pluridisciplinaire**, que les problèmes définis comportent des facettes multiples, qu'il envisage l'activité humaine dans des **contextes environnemental et écologique** et qu'il appelle la **participation** (*Health Promotion : Concepts and Principles*, 1986). Faisant appel à des rapports portant sur des exemples d'initiatives nouvelles et, beaucoup plus fréquemment, à des discussions non empiriques sur ce genre d'initiatives, nous présentons au lecteur un aperçu général des étapes préliminaires du processus, lesquelles portent sur la formulation ou l'élaboration de la politique publique. Nous traitons également des obstacles qui nuisent à la formulation d'une politique publique favorisant la santé, et nous faisons des suggestions visant à les éliminer.

Ziglio (1987a) définit trois approches à l'élaboration d'une politique publique : l'approche **rationnelle-déductive**, le **gradualisme** et le système des **consultations intermédiaires**. Cette dernière semble la plus appropriée à l'élaboration de ce genre de politique publique. Les approches faisant appel aux consultations intermédiaires allient la poursuite d'objectifs à long terme à la recherche de la rationalité à l'aide du gradualisme.

Les cadres conceptuels que l'on trouve dans les domaines de la politique sociale et de l'écologie et dans les études d'orientation sont utiles, mais on doit aussi tenir compte de l'environnement où l'on veut instituer une politique publique favorisant la santé. Différentes approches théoriques supposent divers degrés de consensus ou de conflit dans cet environnement, et attribuent divers degrés d'importance au rôle des groupes d'intérêts et à une vaste participation du public au processus d'élaboration de la politique. Certaines approches théoriques, qui jugent d'un oeil corporatiste l'importance des différents groupes d'intérêts, semblent aller à l'encontre de l'idéologie qui prévaut actuellement dans le domaine de la politique publique favorisant la santé, idéologie qui accorde une importance particulière à une vaste participation individuelle et communautaire aux initiatives prises dans le cadre de ce genre de politique. On se rend compte que d'importantes recherches s'imposent pour ce qui est des relations entre l'État, les groupes d'intérêts et les citoyens.

La conception de la politique publique favorisant la santé, à l'instar des politiques en général, est d'autant plus nécessaire que les conditions dans lesquelles celle-ci doit être instituée sont difficiles, à savoir des conditions marquées par l'incertitude.

Nombreux sont ceux qui, dans ce domaine, croient qu'il est important que l'élaboration et la mise en oeuvre d'initiatives reposent sur une "vision" et sur des "valeurs communes". Cette "vision" de même que la "planification proactive" font appel à un modèle selon lequel une vision commune ou collective d'un avenir où la santé est assurée constitue soit une condition préalable à l'élaboration de la politique publique favorisant la santé, soit un élément qui facilite considérablement cette élaboration. Le mouvement "Vers des villes saines" (Duhl, 1986a) en est un exemple. La notion selon laquelle une vision commune facilite la coordination d'une politique publique favorisant la santé n'est pas fondée sur le plan théorique (elle serait compatible avec certaines approches, comme le structuro-fonctionnalisme, mais incompatible avec d'autres approches, notamment la théorie du conflit ou la théorie marxiste); elle n'a pas non plus été vérifiée empiriquement.

L'établissement d'objectifs est une autre composante du processus d'élaboration de la politique qui est largement recommandée et, dans une certaine mesure, mise en pratique, comme en témoignent les rapports *Objectif Santé* (1984) et *La santé pour tout l'Ontario* (1987), publiés respectivement au Québec et en Ontario. Là encore, les liens entre des buts quelque peu abstraits, des objectifs plus concrets et les résultats obtenus sur les plans du comportement

et de l'organisation ne sont ni fondés clairement sur le plan théorique, ni vérifiés empiriquement.

PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Afin de classer les publications portant sur la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé, nous avons explicitement fait appel à des notions appartenant au domaine de la planification. Il semble que bien souvent les notions relatives à l'élaboration de politiques et à la planification soient utilisées indifféremment. À notre avis, la planification est un instrument utilisé en vue de mettre en pratique une politique. Le changement social, avec l'incertitude qu'il engendre, accroît l'importance de la planification. De plus, le besoin de planification est encore plus grand lorsque l'environnement devient plus complexe, notamment lorsque le champ d'application d'une politique chevauche plusieurs secteurs ou champs de compétence, ou lorsque le nombre d'intervenants et de participants augmente. Comme toutes ces conditions sont courantes lorsqu'il s'agit de coordonner la politique publique favorisant la santé, il est regrettable que la planification en vue de la mise en oeuvre de cette politique ait, jusqu'ici, fait l'objet de très peu de publications.

Tant la possibilité que la légitimité de la planification ont fait l'objet de débats. Outre la peur du changement, on reconnaît d'autres obstacles à la planification, notamment la résistance de puissants groupes d'intérêts et le manque de "savoir-faire" technique en la matière. On s'est rendu compte que les modèles de planification rationnels ne peuvent permettre de surmonter ces obstacles, parce que, dans une certaine mesure, ils n'accordent pas suffisamment d'importance à l'étape de la mise en oeuvre, et parce qu'ils ne peuvent s'adapter au manque de connaissances et à l'incertitude.

Il est aussi possible que la mise en oeuvre d'une politique ne mène pas à la réalisation des buts officiellement établis pour celle-ci, mais qu'elle serve plutôt des fonctions cachées, non intentionnelles ou symboliques. La polémique qui oppose vivement les partisans de l'"approche descendante" à ceux qui prônent l'"approche ascendante" nuit à la légitimité de la planification dans l'esprit de certains. On a récemment tenté de réconcilier les partisans de ces deux approches. Une mise en oeuvre efficace requiert non seulement des objectifs clairs et constants ainsi que l'appui des autorités centrales, mais aussi un comité de mise en oeuvre et des responsables habiles, de même que l'appui des groupes d'intérêts. Elle requiert aussi des conditions socio-économiques et politiques favorables, qui accroissent l'appui du public. Dans le domaine de la coordination des initiatives en matière de politique publique favorisant la santé, les conditions dans lesquelles divers degrés de centralisation favorisent ou entravent la mise en oeuvre constituent une priorité de recherche.

Les recherches doivent également viser à établir dans quelle mesure la mise en oeuvre est facilitée par l'ambiguïté, plutôt que la clarté, des objectifs de recherche. La planification de la mise en oeuvre est un processus politique qui exige l'affectation de ressources, des négociations et des compromis. On ne s'entend pas sur l'importance du consensus comme condition préalable à la mise en oeuvre efficace d'une politique.

Enfin, notre recherche a fait ressortir le besoin d'examiner, par une recherche approfondie, l'impact des macro-environnements social et politique, sur toutes les étapes du processus d'élaboration et de mise en oeuvre d'une politique publique favorisant la santé. Comme le soutient Milio (1987a), des recherches doivent être faites sur le "climat social" qui entoure cette politique en général, et la promotion de la santé en particulier.

En résumé, les particularités de la politique publique favorable à la santé, c'est-à-dire son caractère multisectoriel, participatif et multidisciplinaire, ainsi que le fait qu'elle soit axée sur des questions relatives à l'équité sur le plan de la santé, rendent nécessaire l'adoption de nouvelles méthodes d'élaboration et de mise en oeuvre, ou l'une amélioration des méthodes existantes.

MÉCANISMES DE COORDINATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Il semble que la politique publique favorisant la santé appelle, entre les organismes concernés et au sein de ceux-ci, de nouveaux modes de fonctionnement qui facilitent la communication et la collaboration. Il est reconnu qu'au Canada la séparation constitutionnelle des pouvoirs entre les gouvernements fédéral et provinciaux rend la coordination complexe; notre étude a donc mis l'accent sur la coordination intersectorielle de préférence à la coordination intergouvernementale.

L'étude que nous avons faite nous porte à croire que la coordination donne lieu à diverses définitions ou, comme c'est le cas dans *La santé pour tous* (1986), qu'elle n'est pas définie du tout. Dans ce dernier document, cependant, le sens particulier qui est implicitement attribué à cette notion évoque fortement la collaboration. En tant que telle, la coordination requiert de nouvelles approches à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'une politique, ainsi que de nouvelles structures propres à appuyer ce genre d'efforts. Selon Milio (1987a), il existe trois approches prépondérantes à la politique publique favorisant la santé : une stratégie de cibles, une approche axée sur les structures de planification de la

politique et une autre axée sur les **structures participatives**.

Les stratégies axées sur les cibles visent certains secteurs particuliers de la politique, comme l'alimentation ou les maladies cardio-vasculaires. On peut dire que cette stratégie de cibles a été utilisée dans un bon nombre d'initiatives prises récemment au Canada en matière de politique publique favorisant la santé. Les approches axées sur les structures de planification de la politique sont celles où les mécanismes de planification intersectorielle et d'élaboration de la politique sont conçus de manière qu'ils chevauchent les différents secteurs. Citons, comme exemples de cette approche, les comités interministériels établis dans le cadre de la stratégie de santé adoptée par la Suède pour les années 1990, et le comité interministériel créé récemment en Ontario en réponse aux recommandations formulées dans le rapport *La santé en Ontario : vers une orientation commune*, préparé par le Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario. L'approche axée sur les structures participatives répond à la nécessité d'assurer une vaste participation du public au processus d'élaboration et de mise en oeuvre de la politique. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont utilisé cette approche pour élaborer des politiques de santé à l'intention des femmes. Toutes ces approches peuvent être combinées, ce qui, d'ailleurs, a déjà été fait.

Lorsqu'on ne parvient pas à une collaboration efficace, on attribue parfois cet échec à un manque de "volonté politique". D'autres obstacles sont probablement plus importants, et certainement, plus faciles à mesurer : ce sont le manque de collaboration de la part de personnes ou de groupes concernés dont les intérêts s'opposent ou qui appartiennent à différents paliers de gouvernement, la difficulté à obtenir l'appui du public, l'inexpérience face au processus d'élaboration d'une politique, une base de connaissances inadéquate ou les différences idéologiques qui séparent les tenants des approches centralisatrices de ceux qui prônent les approches axées sur la "base".

Les recherches sur les relations interorganisationnelles ont permis de déterminer un certain nombre de conditions propres à faciliter la collaboration à l'endroit d'une politique publique qui favorise la santé. Ainsi, la collaboration est meilleure lorsque les personnes concernées jugent d'un bon oeil leur interdépendance, lorsque le processus est mis en oeuvre par des intérêts dont la légitimité ne fait pas de doute et lorsque les solutions de rechange à la collaboration, le litige par exemple, sont considérées comme étant plus coûteuses (Gray, 1985).

De manière générale, on peut donc conclure à la fragilité des données empiriques permettant de tirer des conclusions au sujet des facteurs propres à influer sur le succès de la coordination de la politique publique favorable à la santé. Alors que, d'une part, on fait peu d'évaluations ou d'analyses formelles des mécanismes de coordination, on remarque, d'autre part, un nombre croissant de tentatives en vue de coordonner les initiatives prises dans le domaine à l'échelle nationale et locale. En effet, Milio (1987a) parle des multiples variantes constatées un peu partout dans le monde, sur les plans de la structure et des procédures, dans le domaine de la politique publique favorisant la santé, tandis que le nombre des exemples canadiens cités dans notre analyse documentaire ne cesse d'augmenter. Des recherches portant sur les initiatives individuelles, ainsi que des recherches comparatives, ne pourraient qu'améliorer notre compréhension du processus de coordination.

RECHERCHE SUR LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

L'analyse documentaire que nous avons effectuée nous permet de recommander plusieurs domaines de recherche, d'exposer les différentes possibilités quant à la conception de la recherche et de proposer des mécanismes propres à faciliter la recherche sur la coordination de la politique publique favorisant la santé.

Sept domaines sont décrits dans le rapport qui accompagne le présent document.

1) Des analyses sur la théorie qui sous-tend la politique publique favorisant la santé, de même que sa coordination, enrichiraient la recherche dans ce domaine et rehausseraient sa rigueur et sa capacité de généralisation.
2) Les exemples de plus en plus nombreux d'initiatives en matière de politique publique favorable à la santé, au Canada et dans d'autres pays, devraient être étudiés individuellement et les uns par rapport aux autres. Nous ne proposons pas seulement une recherche évaluative (bien qu'une telle recherche puisse être utile), mais des études méthodiques descriptives et analytiques propres à améliorer notre compréhension des mécanismes qui facilitent l'élaboration, la mise en oeuvre et la coordination des initiatives dans le domaine de la politique publique favorisant la santé.
3) Il faut mener des études sur la faisabilité des différents mécanismes de mise en oeuvre et de coordination des initiatives en matière de politique publique favorisant la santé. Les responsables de ces études devront accorder une attention particulière aux obstacles qui nuisent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de cette politique.
4) Des études portant sur les effets du contexte sur la mise en oeuvre permettraient d'en arriver à une compréhension plus réaliste des obstacles qui nuisent aux initiatives en matière de politique publique favorisant la santé, ainsi que des conditions qui les facilitent.

5) Des études des mécanismes de coordination s'imposent, surtout pour ce qui est des mécanismes de coordination intersectorielle et intergouvernementale.
6) Des études sur les répercussions, pour la santé, d'une politique publique favorisant la santé doivent être entreprises dans le but d'examiner, s'il y a lieu, l'ampleur des changements que cette politique peut entraîner. Pour être efficaces, ces études exigeront une base de mesure plus solide.
7) Des études portant sur les indicateurs de l'existence d'une politique publique favorisant la santé s'imposent; des indicateurs qui feraient appel à différentes unités d'analyse (la personne, la communauté, l'organisme, la société, etc.) permettraient de mesurer tous les aspects de l'élaboration, de la mise en oeuvre et de la coordination d'une telle politique.

Pour ce qui touche la conception de la recherche, nous recommandons que les études dans ce domaine soient entreprises selon des approches tant qualitatives que quantitatives, que des études rétrospectives et prospectives soient effectuées et que la "recherche-action" soit incluse dans les approches recommandées. Dans l'ensemble, il s'agit là d'une recommandation qui favorise une approche très souple à la recherche, une approche qui tient compte de la rapidité avec laquelle la coordination de la politique publique favorisant la santé s'est imposée à l'attention, au Canada et dans de nombreux autres pays du monde, et qui reconnaît combien les connaissances sur le sujet sont embryonnaires à l'heure actuelle.

Enfin, il existe un vaste éventail d'approches qui peuvent être prises pour faciliter la recherche dans le domaine de la politique publique favorisant la santé, y compris celle qui porte sur la coordination d'une telle politique. Des centres de recherche interdisciplinaires pourraient être utiles et encourager davantage les intéressés, grâce à des bourses de perfectionnement professionnel. Il faudrait, dans les priorités de financement, reconnaître l'importance de la recherche dans le domaine de la coordination de la politique publique favorisant la santé.

Chapitre Un

INTRODUCTION

Ce rapport présente une analyse documentaire de l'un des éléments du Plan d'ensemble pour la promotion de la santé définis dans le document *La santé pour tous* (1986), à savoir la coordination de la politique publique favorisant la santé. Notre but, comme celui des autres rapports portant sur les divers éléments contenus dans le Plan d'ensemble, est de collaborer à une stratégie de recherche qui devrait faciliter la mise en oeuvre des recommandations faites par le gouvernement canadien dans *La santé pour tous*.

Notre mandat consistait à étudier les publications et les documents pertinents, à définir les questions de méthodologie et les exigences en matière d'indicateurs associés au domaine, et à cerner les besoins futurs sur le plan de la recherche. Notre tâche était de recueillir de l'information propre à venir en aide à ceux qui ont pour mandat de recommander des priorités de recherche dans l'ensemble du domaine de la promotion de la santé.

Le Plan d'ensemble pour la promotion de la santé contient une série de défis, de mécanismes et de stratégies liés entre eux de telle sorte que l'interaction des stratégies et des mécanismes mis en oeuvre pour relever les défis fait autant partie du Plan que les neuf "éléments" conceptuels proposés par celui-ci. En conséquence, nous avons accordé, au cours de notre travail, une certaine attention à la recherche qui porte sur la façon de stimuler la participation du public.

La raison d'être de la stratégie axée sur la "coordination de la politique publique favorisant la santé" est le fait qu'en général, les politiques publiques incitent les gens à s'intéresser à leur santé ou bien les détournent de cette préoccupation. Les politiques, par exemple, qui portent sur la nutrition, le logement, la protection et les loisirs ont toutes des répercussions sur la prévention des problèmes de santé ou ont toutes pour effet d'améliorer véritablement l'état de santé de la population. Nous avons besoin de politiques publiques qui font qu'il est plus facile pour la population d'avoir des habitudes de vie saines et de faire des choix qui favorisent la santé. Celles qui interdisent l'usage du tabac dans les lieux publics sont un exemple de ce genre de politique, de même que celles qui améliorent la capacité financière des gens de bien se nourrir et de trouver un logement adéquat. Il est évident que les politiques publiques qui favorisent la santé débordent largement du domaine traditionnellement considéré comme celui de la "santé". Cependant, dans ce domaine élargi de la santé, il est clairement nécessaire d'assurer une certaine mesure de coordination entre les différents types de politiques et les différents organismes qui décident des politiques, afin qu'ils renforcent mutuellement leur action, au lieu de se nuire entre eux.

COLLECTE DE L'INFORMATION

Notre étude documentaire sur la coordination de la politique publique favorisant la santé a donné lieu à quatre activités distinctes. Nous avons tout d'abord effectué une recherche informatisée fondée sur certaines expressions-clés, comme "politique publique favorisant la santé" et "politique de santé". Nous avons également procédé à une vaste recherche documentaire portant, notamment, sur les résumés et les index pertinents. Nous avons également consulté un certain nombre d'experts dans le domaine, parmi lesquels il convient de mentionner : le D[r] Trevor Hancock, expert-conseil en santé publique, de Toronto; le D[r] Rhonda Love du Département des sciences du comportement de l'université de Toronto; le D[r] Alexander Macpherson du Bureau médical de santé de Toronto; et le D[r] Nancy Milio de l'université de la Caroline du Nord. Enfin, les membres de notre équipe de recherche ont pu se procurer des données utiles en assistant à une série de conférences, notamment les suivantes : *The Canadian Institute of Planners* (Toronto, juillet 1987); *The New Public Health: Implications for Research*, conférence parrainée par l'OMS (octobre 1987); *Changing the Public Health* (université d'Edinbourg, octobre 1987); et la Conférence sur la santé publique en Ontario (Toronto, novembre 1987). Le présent rapport est fondé sur ces quatre sources de données.

APERÇU GÉNÉRAL DU RAPPORT

Dans les chapitres qui suivent, nous décrivons les documents à l'aide d'un cadre conceptuel élaboré au cours de notre recherche.

Au chapitre deux, le lecteur trouvera un apercu général du champ conceptuel de la politique publi-

que favorisant la santé, ainsi que les définitions des concepts associés à cette politique. Ces concepts sont ensuite placés dans le contexte plus vaste de l'histoire de l'évolution de la promotion de la santé. Enfin, nous définissons les principales questions qui se posent dans le domaine de la politique publique favorisant la santé, par l'étude de plusieurs documents et rapports récents portant sur la promotion de la santé et d'autres secteurs connexes.

Le chapitre trois est consacré aux processus qui permettent d'élaborer une politique publique favorisant la santé. On y trouve tout d'abord une définition de ce genre de politique et un aperçu général du processus qui préside à son élaboration. Suit une discussion sur les limites des hypothèses traditionnelles dans ce domaine. La politique publique favorisant la santé doit être multisectorielle et pluridisciplinaire; elle doit comporter de multiples facettes et faire appel à la participation. Cette combinaison unique de caractéristiques exige des hypothèses et des formulations nouvelles et complexes, qui sont proposées dans ce chapitre.

Le chapitre quatre est consacré au processus de mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé. Le contexte environnemental dans lequel s'inscrit cette politique y est étudié et son influence sur le processus est analysée. Une attention particulière est accordée aux méthodes de planification et aux dilemmes que posent les différents modèles, en ce qui concerne les valeurs qui sous-tendent ce genre de politique.

Le chapitre cinq traite des mécanismes de coordination. On y trouve un aperçu général des questions qui importent lors du processus de coordination. Le matériel théorique portant sur le conflit et la collaboration interorganisationnels y est étudié. Le chapitre se termine par la présentation d'un certain nombre d'expériences en rapport avec la politique publique favorisant la santé, expériences vécues par certaines instances tant nationales que locales.

Au chapitre six, nous examinons les répercussions de la recherche sur les questions exposées aux chapitres précédents. Nous y parlons également des différents domaines possibles, des divers modes de conception de la recherche qui s'appliquent et des mécanismes requis pour faciliter les études dans ce domaine. Le lecteur peut aussi trouver, dans ce chapitre, des suggestions au sujet des orientations à donner, dans l'avenir, à la recherche dans le domaine de l'élaboration et de la coordination de la politique publique favorisant la santé. Enfin, nous avons annexé au rapport une bibliographie complète des ouvrages portant sur la coordination de cette politique, lesquels sont classés selon les principaux sujets traités.

RÉFÉRENCE

La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1986.

Chapitre Deux

APERÇU CONCEPTUEL ET HISTORIQUE

Le chapitre deux présente un aperçu général de l'aspect conceptuel de la politique publique favorisant la santé. On y trouve des définitions précises des différents concepts qui sont associés à cette politique. Cette conceptualisation s'inscrit dans le vaste contexte historique de l'évolution de la promotion de la santé. Les principales questions concernant la politique publique favorisant la santé sont également définies, dans le cadre de l'étude de plusieurs des plus importants documents et rapports produits récemment au Canada et à l'étranger, dans le domaine de la promotion de la santé.

APERÇU CONCEPTUEL ET DÉFINITIONS

Il existe, dans les documents et les publications, une certaine confusion quant à la perception conceptuelle et à la définition de ce qu'est la politique publique favorisant la santé. Dans le présent chapitre, nous tenterons donc de dissiper une partie de cette confusion en présentant au lecteur des définitions "ad hoc" des termes-clés utilisés dans cette étude.

L'aperçu conceptuel présenté ici repose sur un principe de cohérence, c'est-à-dire que l'on suppose qu'il devrait y avoir un rapport logique entre la définition de la santé, la définition d'un problème de santé et ce que l'on considère en fin de compte comme des solutions possibles à ce genre de problème. À cause de cette notion de cohérence, on soutient que le concept de la politique publique favorisant la santé, comme stratégie de mise en oeuvre de la promotion de la santé, découle logiquement d'une vision particulière de la santé qui, à son tour, suppose une conception spéciale de ce qui constitue un problème de santé.

Définition de la santé

La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé décrit une "nouvelle vision de la santé" (1986:3) qui vient explicitement renforcer la "conception globale de la santé" donnée dans le document *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde, 1974), ainsi que la définition de la santé adoptée par l'Organisation mondiale de la santé. Selon cette conception globale de la santé, la santé des humains subit l'influence de toute une gamme de facteurs, notamment la biologie humaine, les habitudes de vie individuelles, l'environnement social et physique et l'organisation du réseau de soins de santé. Pour l'Organisation mondiale de la Santé, la santé est

> (traduction)...la capacité d'une personne, ou d'un groupe, d'une part de réaliser ses aspirations et de satisfaire à ses besoins et, d'autre part, de modifier son environnement ou de s'y adapter (*Health Promotion: Concepts and Principles, in Action, a Policy Framework*, 1986:4). (Cité dans le rapport sous le titre *Health Promotion: Concepts and Principles*, 1986.)

Mises ensemble, ces conceptions de la santé reconnaissent que celle-ci n'est pas seulement le résultat d'une absence de maladie. Cette vision de la santé est plutôt "écologique" (Milio, 1986a), car elle tient compte du lien qui existe entre la santé humaine et les milieux social et physique. Il est peut-être souhaitable d'établir une distinction entre les termes "écologique" et "environnemental" : le second englobe les différents aspects de l'environnement en tant que contexte de la vie humaine, tandis que le premier exprime l'interaction des humains et des différents aspects de leur environnement. De plus, la santé est perçue comme une ressource pour la vie de tous les jours. Dans cette perspective, les questions relatives à la qualité de la vie sont tout aussi importantes que l'espérance devie. Une telle conception de la santé suppose qu'un réseau de soins médico-hospitaliers ne suffit pas pour améliorer la santé. Par exemple, les efforts faits pour améliorer l'environnement physique sont, à juste titre, considérés comme des questions de santé, à cause de l'influence qu'exerce l'environnement physique sur la santé des humains.

Cette vision de la santé est appuyée par certaines personnes, mais elle a aussi ses détracteurs qui soutiennent, par exemple, qu'une vision aussi vaste de la santé est le fait de bureaucrates et d'administrateurs de la santé qui jouent les "bâtisseurs d'empire" (Foster, 1987), ou qu'il s'agit là d'une véritable "utopie" (Strong, 1986). D'autres accusent cette conception de la santé d'ouvrir la porte au "culte de la santé", où la santé devient le but de

toutes les activités (Crawford, 1977). De la même manière, (traduction) "vu le pouvoir de la médecine sur les questions qu'on appelle problèmes de santé", une telle conception de la santé rend encore plus inquiétante la menace de la "médicalisation" de problèmes qui, jusqu'à maintenant, n'ont jamais été la responsabilité du médecin (*Vienna Dialogue*, 1987). On reconnaît la gravité des problèmes que soulève la conception de la santé adoptée par l'OMS (*Health Promotion: Concepts and Principles*, 1986:4), mais on tente de les atténuer en ajoutant que (traduction) "la santé est, par conséquent, considérée comme une ressource pour la vie de tous les jours et non comme le but de la vie...". Tant qu'on entretiendra une vision aussi vaste de la santé, les critiques de ce genre persisteront.

D'ailleurs, ces critiques jouent un rôle précieux car elles contribuent à la clarification des concepts. C'est à la suite de critiques de ce genre, formulées par Labonte et Penfold (1981), ainsi que par Crawford (1977), par exemple, que la substance des documents sur la promotion de la santé a changé au cours des dernières années.

Définition de la promotion de la santé

La définition de la promotion de la santé utilisée dans la présente étude découle de la notion écologique de la santé, que nous avons déjà décrite. Celle-ci a été proposée par l'OMS (*Health Promotion : Concepts and Principles*, 1986) et adoptée dans le document *La santé pour tous* (1986). Or, le sens de ce concept a fait l'objet d'un intense débat dans la littérature spécialisée (Kickbusch, 1984; Labonte et Penfold, 1981). L'un des aspects de ce débat vient des initiatives de promotion de la santé qui sont essentiellement des techniques de mise en marché adaptées à la diffusion d'informations en matière de santé. À cause de ces initiatives, certains considèrent qu'on fait la promotion de la santé de la même manière qu'on s'y prendrait pour promouvoir la vente d'automobiles ou de dentifrice (Williams, 1984; Player, 1986). La tendance qu'ont les responsables de la promotion de la santé à vouloir changer les comportements individuels est un autre problème qui nuit à cette notion (Lalonde, 1974). Cette importance accordée à la responsabilité individuelle, sans tenir compte des déterminants structurels du comportement social, a amené certains auteurs à accuser les responsables de vouloir "blâmer la victime" (Crawford, 1977; Labonte et Penfold, 1981; Ryan, 1971). L'OMS (*Health Promotion : Concept and Principles*, 1986) a récemment formulé un concept de promotion de la santé qui vise à associer la responsabilité individuelle à la responsabilité sociale face à la santé, essayant par là d'atténuer la tendance à blâmer la victime et à mettre surtout l'accent sur la responsabilité individuelle, qui est inhérente aux concepts antérieurs.

Comme nous l'avons déjà dit, la notion de promotion de la santé mise de l'avant par l'OMS s'accorde avec une vision écologique de la santé, c'est-à-dire celle qui considère la promotion de la santé comme (traduction) "le processus qui consiste à donner aux personnes ou aux groupes les moyens de mieux prendre en main leur propre santé et de l'améliorer" (*Health Promotion : Concept and Principles*, 1986:4). Cette conception de la promotion de la santé a pour but de susciter, face à la santé, une approche positive conforme à la notion selon laquelle la santé devrait être une expérience positive, et non uniquement l'absence d'une expérience négative. Selon cette notion, la promotion de la santé devrait être un processus dynamique qui permet aux gens de mieux prendre en main leur propre santé. Elle reconnaît aussi la promotion de la santé comme (traduction) "une stratégie qui sert d'intermédiaire entre l'homme et son environnement, une stratégie qui réalise une synthèse entre les choix personnels et la responsabilité sociale dans le domaine de la santé, dans le but d'assurer une meilleure santé pour l'avenir" (*Health Promotion : Concept and Principles*, 1986:3).

Il importe de reconnaître que cette définition de la promotion de la santé n'a vu le jour que récemment et que les pratiques dans ce domaine ne reflètent pas nécessairement, pour le moment, ce discours sur le pouvoir d'action, le développement communautaire et l'action sociale axée sur les déterminants de la santé, qui sont au centre de cette notion. Selon l'OMS (*Health Promotion : Concept and Principles*, 1986), diverses initiatives, comme l'éducation, les mesures législatives et fiscales, le développement communautaire et les changements organisationnels,se prêtent toutes bien à la promotion de la santé. Elles supposent cependant que le gouvernement y joue un rôle qui va au-delà de ce qu'était l'éducation sanitaire (Allison, 1982; Love et Kalnins, 1984). Selon Milio (1986a), la meilleure stratégie de promotion de la santé est le recours à la politique publique, qui est l'action propre au gouvernement.

Milio (1986a:3) soutient en effet que la politique publique est le principal déterminant de l'espérance de santé de la population, parce qu'elle détermine (traduction) "l'environnement actuel dans les communautés, les lieux de travail, les foyers, les écoles". À son avis, la politique publique

> (traduction)...établit les paramètres dont dépendent le mode et le type de production industrielle et agricole, de gestion des entreprises et de comportement individuel. En établissant les différentes options parmi lesquelles les organismes et les personnes peuvent faire leurs choix,...la politique publique ne se contente pas d'agir sur l'environnement : elle devient un élément es-

sentiel et inséparable de l'environnement d'aujourd'hui et de demain (Milio, 1986a:3).

Pour cette raison, la politique publique contribue à la santé de la population à la fois directement (par l'adoption de lignes directrices sur la santé et la sécurité au travail, par exemple) et indirectement (par l'application de taxes sur l'alcool et les cigarettes). De plus en plus, les défenseurs du droit à la santé réclament une "politique publique favorisant la santé" (Hancock, 1982, 1985a, 1985b; Milio, 1985a, 1985b, 1986a, 1987a, 1987b; *La santé pour tout l'Ontario*, 1987).

Définition de la politique publique favorisant la santé

La politique publique favorisant la santé a souffert tant de l'ambiguïté conceptuelle que des divers termes utilisés dans les publications pour désigner cette notion. On l'a décrite comme (traduction) "la politique du peuple et de ses élus, caractérisée par une évidente préoccupation pour la santé" (*First Announcement*, 1987:1); comme une politique propice à la santé (Milio, 1986a); comme "une politique multisectorielle visant à assurer l'égalité en matière de santé" (*Health Promotion : Concept and Principles*, 1986:19); et comme "une politique publique favorable à la santé" (*La santé pour tout l'Ontario*, 1987:92). L'étude des publications sur le sujet est rendue encore plus difficile du fait que les auteurs emploient indifféremment les expressions "politique publique favorisant la santé", "politique de promotion de la santé" et "politique visant à promouvoir la santé". Pour cette raison, le présent chapitre a pour but de décrire le sens qui est donné à l'expression "politique publique favorisant la santé" dans le contexte de cette étude.

On ne s'entend pas sur l'origine de l'expression "politique publique favorisant la santé", bien que Hancock (1982) ait été parmi les premiers à l'utiliser dans ses textes. Au début, Hancock (1982) établissait une différence entre la politique publique favorisant la santé et la politique de santé publique; pour lui, la seconde locution exprimait un ensemble étroit et sectoriel de politiques axées sur le réseau de soins aux personnes malades. Hancock a donné à l'expression "politique de santé publique" un sens général qui englobait la politique relative au réseau traditionnel de soins de santé. En général, cependant, on considère que la politique relative au réseau de soins de santé vise les soins médico-hospitaliers, alors que la politique de santé publique est plutôt axée sur la communauté. Selon Hancock, la politique de santé publique est surtout orientée vers le réseau de soins, son approche à l'endroit de la médecine est dansune très grande mesure axée sur les techniques de pointe, elle est aussi sectorielle et analytique, orientée vers le présent et tolérante à l'endroit du statu quo. Il oppose à cet ensemble de politiques, une politique publique favorisant la santé, laquelle, soutient-il, est axée sur les déterminants de la santé. Telle que vue par Hancock (1982:7), cette politique (traduction) "vise surtout à créer une société en santé", son approche est peu axée sur les techniques de pointe, elle est globale, "orientée vers l'avenir" et plutôt portée à contester le statu quo. À l'inverse de la politique de santé publique, la politique publique favorisant la santé est multisectorielle, c'est-à-dire qu'elle reconnaît explicitement la contribution des divers ministères à l'endroit de la santé (agriculture, éducation, transports, énergie, logement, etc.). De plus, cette politique repose généralement sur la participation du public à sa formulation et à sa mise en oeuvre. Hancock reconnaît cependant que ses accusations à l'endroit de la santé publique ne s'adressent nullement aux initiatives prises dans le domaine depuis un siècle. Les derniers documents publiés par Hancock (1985a, 1985b) viennent confirmer ses idées initiales.

Aux fins de la présente étude, nous donnerons à la politique publique favorisant la santé le sens de "politique publique pour la santé" et nous donnerons au mot santé le sens vaste et écologique déjà décrit. Bien qu'il soit possible de concevoir la politique de promotion de la santé comme un ensemble de politiques publiques qui visent à promouvoir la santé, nous croyons qu'il s'agit plutôt d'une politique sectorielle du gouvernement, spécialement axée sur la promotion de la santé (Hancock, 1987a). La recommandation visant à créer une nouvelle direction générale de la promotion de la santé, au ministère de la Santé de l'Ontario, ainsi que l'adoption d'une politique interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics, sont des exemples de politique de promotion de la santé. Ces deux politiques sont caractérisées par leur contexte restreint, c'est-à-dire qu'elles ne vont pas au-delà des frontières de leurs secteurs respectifs (elles peuvent cependant chevaucher différents champs de compétence). Les politiques publiques favorisant la santé sont celles qui sont le résultat d'un processus multisectoriel et collectif visant à assurer la participation des groupes concernés, et qui sont particulières à ces groupes en ce qu'elles tiennent explicitement compte des répercussions qu'elles peuvent avoir sur leur santé. Il importe de se rappeler que l'OMS se sert de l'expression "politique de promotion de la santé" au sens qui est donné ici au concept de politique publique favorisant la santé; cet organisme considère par ailleurs la politique publique favorisant la santé comme une politique d'appui à la promotion de la santé (*Health Promotion : Concept and Principles*, 1986). Par conséquent, dans notre étude du matériel publié par l'OMS, nous avons décidé de donner le sens de "politique publique favorisant la santé" à l'expression "politique de promotion de la santé" qui est presque toujours utilisée par cet organisme.

La politique publique favorisant la santé s'apparente donc à la politique publique favorisant le développement économique, pour ce qui est de son ampleur et de sa diversité. Par exemple, nombreuses sont les politiques qui ne relèvent pas explicitement du ministère des Finances ou du Développement économique régional, et qui pourtant ont des conséquences sur le plan économique; il serait difficile en effet de trouver des politiques publiques qui n'ont pas de répercussion sur ce plan. Il en est de même pour la santé. La politique publique visant à favoriser la santé va au-delà du secteur traditionnel des soins de santé et de la prestation de ces soins lorsqu'elle reconnaît que les politiques dans les secteurs de l'agriculture, de la redistribution du revenu, de la garde des enfants, de l'énergie et de l'éducation, pour ne nommer que quelques-uns des secteurs les plus importants, ont toutes un impact sur la santé (Milio, 1986a). Il ne s'agit pas simplement de bâtir un empire, pour reprendre les termes accusatoires de certains critiques (Foster, 1987), mais de reconnaître la complexité des déterminants de la santé et de la maladie, ainsi que l'interdépendance des divers secteurs de la société contemporaine (Milio, 1986a).

Selon Milio, la politique publique favorisant la santé se distingue en ce que (traduction) "sa perspective est écologique et son ampleur multisectorielle, tandis que sa stratégie appelle la participation" (Milio, 1987a, 1987b). Cette politique repose donc sur une vaste vision de la santé; elle traverse les frontières traditionnelles entre les ministères fédéraux et provinciaux et suppose un dialogue entre les décideurs et le "public", tout en reconnaissant qu'il n'existe pas de public homogène.

L'expression "politique publique favorisant la santé" est forte, quoique déroutante. À cause de ce que Hancock (1987) appelle sa "capacité de capter l'attention", elle continuera certainement d'être utilisée, car son pouvoir d'évocation ne se retrouve pas dans l'expression moins frappante, quoique plus simple, de "politique publique pour la santé". Ces deux expressions n'en restent pas moins fondamentalement synonymes et seront considérées comme telles dans le présent rapport.

Enfin, il serait peut-être utile d'envisager la politique publique favorisant la santé comme un concept qui vise à susciter une nouvelle façon de voir la santé et la politique gouvernementale, c'est-à-dire à favoriser une vision participative, multisectorielle et écologique. En ce sens, elle renferme une notion d'"extension", qui lie les différents secteurs de politiques par une préoccupation pour la santé. Bien que cette vision de la santé ait inévitablement des répercussions sur la structure du gouvernement et de la bureaucratie, ces répercussions ne sont pas d'ordre hiérarchique et n'ont pas pour effet de subordonner au ministère de la Santé tous les autres ministères concernés. Cette politique publique requiert plutôt que soient établis des processus et des structures de coordination, afin qu'on accorde plus d'attention et qu'on soit mieux sensibilisé aux conséquences des politiques sur la santé. Il a été proposé qu'à l'avenir, toutes les politiques soient examinées par un Conseil national de santé, qui aurait pour tâche d'en déterminer les répercussions sur la santé de la population, tout comme, à l'heure actuelle, toutes les nouvelles politiques doivent être examinées soigneusement par le Conseil du Trésor, dans le but d'en déterminer les ramifications sur le plan financier (Duhl, 1986a; Milio, 1986a). L'objectif de la politique publique favorisant la santé n'est pas de faire de la santé le seul but de la politique publique, mais d'accorder à celle-ci une meilleure place au calendrier politique.

HISTORIQUE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

La politique publique favorisant la santé remonte, en quelque sorte, aussi loin que la santé publique, bien que l'expression même n'ait fait son apparition que récemment (Hancock, 1982). On peut la considérer comme un appel visant à remettre en question l'idée selon laquelle la santé publique moderne remonte aux réformes effectuées dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'hygiène et de l'immunisation au XIX^{e} siècle et au début du XX^{e} siècle (Macpherson, 1987; *Healthy Toronto 2000*, 1987). Dans sa forme contemporaine, la politique publique favorisant la santé est intégralement liée à l'Organisation mondiale de la Santé et à sa récente stratégie visant à assurer "la santé pour tous d'ici l'an 2000". Une bonne façon de faire l'historique du concept de la politique publique favorisant la santé consiste à examiner les développements récents qui se sont produits à l'OMS.

En 1977, l'Assemblée mondiale de la Santé adoptait une résolution visant à faire de la santé le principal objectif social des gouvernements, et amorçait le mouvement maintenant célèbre de "La santé pour tous d'ici l'an 2000" (SPT 2000) (*Buts pour la santé pour tous*, 1985). L'année suivante, une déclaration adoptée lors de la Conférence d'Alma Ata, en Union soviétique, réclamait qu'une importance accrue soit accordée aux soins de santé primaires, à l'action multisectorielle et aux pressions visant à favoriser la participation du public aux décisions concernant sa santé. On constate facilement que ces deux dernières mesures constituent les principaux éléments d'une politique publique favorisant la santé. La déclaration d'Alma Ata est devenue un puissant cri de ralliement qui a permis d'organiser les soins de santé dans les pays en développement, bien qu'elle ait eu peu d'impact dans les pays industrialisés, où des réseaux de soins de santé primaires existaient déjà (Draper, 1987a). Après la Conférence d'Alma Ata, l'OMS a

entrepris l'élaboration d'une stratégie appropriée aux pays développés, dans le cadre de l'objectif de "la santé pour tous d'ici l'an 2000".

L'année 1984 voyait la publication d'une stratégie européenne dont les buts étaient décrits dans un document intitulé *Buts pour la santé pour tous* (1985). La stratégie européenne signale un changement sur le plan de l'approche utilisée : l'accent y est surtout mis sur les forces sociales et environnementales qui influent sur la santé, aux dépens de l'approche technique, axée sur les soins, qui caractérisait les soins primaires jusque là (Draper, 1987a). La stratégie fait appel à des actions politiques propres à régler les problèmes de santé des pays industrialisés; la promotion de la santé y est définie comme l'une des quatre stratégies proposées pour réaliser l'objectif de "la santé pour tous d'ici l'an 2000" en Europe (les trois autres stratégies sont les soins de santé primaires, l'action intersectorielle et l'emploi d'une technologie appropriée) (*Buts pour la santé pour tous*, 1985).

La présence de la promotion de la santé parmi les stratégies visant à assurer la santé pour tous d'ici l'an 2000 constituait un appui de poids à la notion de promotion de la santé, telle que conceptualisée par l'OMS (Draper, 1987a). Pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, la promotion de la santé découlait d'une initiative antérieure prise par l'OMS dans le domaine de l'éducation sanitaire, au cours de laquelle on avait constaté que pour réussir à amener les gens à modifier leurs habitudes de vie, l'éducation sanitaire devait être appuyée par des changements touchant davantage la structure de la société (Kickbusch, 1981, 1986). Les premiers efforts faits par l'OMS dans le domaine de la promotion de la santé privilégiaient les méthodes du marketing social. Cette approche reposait sur une vision plus étroite que celle qui a finalement été élaborée par le Bureau régional pour l'Europe (Draper, 1987a). Un document de travail intitulé *Health Promotion: Concept and Principles* (1986), qui proposait la même vision de la promotion de la santé que celle déjà décrite dans le présent rapport, a été publié pour la première fois en 1984, à la suite d'un débat technique qui a eu lieu à Copenhague (il a été publié à nouveau par la suite). Ce document a été largement distribué; de lui découle le concept de promotion de la santé mis de l'avant dans le document canadien *La santé pour tous*.

Après la publication du document de travail sur la promotion de la santé dont nous venons de parler, on a organisé une conférence qui a eu lieu à Ottawa en novembre 1986, laquelle portait sur les problèmes de promotion de la santé dans les pays industrialisés. C'est au cours de cette conférence qu'a été rendue publique la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (1986) qui, selon Draper (1987a), accordait ouvertement à la promotion de la santé ses lettres de créance sur les plans social, écologique et politique, et sur un plan global. En 1986 également, a eu lieu un débat technique sur la question de l'action multisectorielle comme élément de la stratégie visant à assurer la santé pour tous en l'an 2000.

Cette réunion a été suivie par la publication d'un document portant sur la collaboration intersectorielle en santé, lequel constitue un précieux ouvrage dans le domaine de la politique publique favorisant la santé (*Intersectoral Action for Health*, 1986).

De nos jours, des initiatives associées à cette politique publique et à la promotion de la santé sont prises à tous les échelons, tant international que local. Le projet "Vers des villes saines" (Duhl, 1986a, 1986b; Ashton, Grey et Barnard, 1986; Hancock et Duhl, 1986), actuellement en cours, montre bien l'intérêt et l'enthousiasme que suscite, sur le plan local, la politique publique favorisant la santé. Né d'initiatives prises à Toronto, ce projet fait appel à des notions de promotion de la santé et à l'action intersectorielle pour améliorer la santé à l'échelon municipal. Les différentes initiatives du service de santé régional de Mersey (Ashton, Seymour, Ingledew et coll., 1986) et la création du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario (*La santé pour tout l'Ontario*, 1987), sont autant d'exemples d'initiatives régionales. Quant à l'échelon national, la politique adoptée par la Norvège dans le domaine de l'alimentation a suscité beaucoup d'intérêt chez les chercheurs, les planificateurs dans le domaine de la santé et les politiciens (Milio, 1981). Enfin, à l'échelon international, une conférence sur la politique publique favorisant la santé aura lieu à Adélaïde, en Australie, en avril 1988. Cette conférence permettra aux participants de faire part aux autres de leur expérience et des stratégies utilisées pour élaborer et mettre en oeuvre des politiques publiques favorisant la santé. Le fait qu'au moment même où nous définissons les lacunes dans nos connaissances à ce sujet, des mesures soient prises pour les combler, est peut-être un signe de l'évolution rapide qui caractérise ce domaine.

ÉVOLUTION AU CANADA DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

L'histoire de la promotion de la santé et de la politique publique favorisant la santé au Canada est étroitement associée à l'évolution de ces éléments au sein de l'Organisation mondiale de la Santé, car, depuis la publication du document *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde, 1974), le Canada a été à l'avant-garde du développement en promotion de la santé. Fondé sur les travaux d'auteurs tels que McKeown (1976), le document *Nouvelle perspective* a été la première déclaration de ce genre faite par un gouvernement; il constitue un énoncé sur l'importance de réorienter les priorités en matière d'investissement et d'action dans le

domaine de la santé (Evans, 1982). Comme nous l'avons déjà mentionné, *Nouvelle perspective* a mis de l'avant une conception globale de la santé selon laquelle cette dernière subit l'influence de quatre facteurs, à savoir les habitudes de vie, la biologie humaine, l'environnement et l'organisation des soins de santé. À la lumière des recommandations faites dans le document Lalonde, on constate que les premières initiatives de promotion de la santé du gouvernement fédéral visaient surtout à amener les gens à modifier leurs habitudes de vie. Ces initiatives s'inscrivaient surtout dans les domaines de l'activité physique, de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et de la la nutrition.

En 1978, le gouvernement fédéral a restructuré le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et y a ajouté une Direction de la promotion de la santé, la première de ce genre au monde (Kickbusch, 1986). Au cours de ses premières années d'existence, la Direction a entrepris un nombre considérable de projets visant à changer les comportements individuels. Plus récemment, ses activités ont pris une nouvelle direction, et les projets s'inscrivent maintenant dans une perspective plus vaste de la promotion de la santé. Cette évolution a été couronnée par la publication, en 1986, du document *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. La présente étude documentaire fait partie des efforts constants en vue de l'amélioration des politiques, proposée dans ce document. Plusieurs programmes innovateurs ont aussi été créés récemment, selon une approche multisectorielle, fédérale-provinciale et consultative, dans les domaines du tabagisme et des toxicomanies (*Document d'orientation du Programme national de lutte contre le tabagisme au Canada*, 1987).

Les initiatives prises dans plusieurs provinces montrent également l'intérêt manifesté pour la promotion de la santé. La *Health Unit Association* de l'Alberta (*Six Program Priorities for a Healthier Alberta*, 1985) vient de publier un document de travail sur les priorités d'action dans le domaine de la santé publique jusqu'en 1990 et 1995. Bien que le document mette surtout l'accent sur des questions telles que les maladies cardiovasculaires, les accidents de la route et la santé sur le plan des fonctions reproductrices, les recommandations en vue d'une action comprennent des changements au niveau de l'environnement (la fluoration de l'eau, par exemple) et font ressortir le besoin de planification à long terme dans le domaine de la santé. Pour sa part, le Québec a publié, en 1984, un rapport sur la promotion de la santé intitulé *Objectif: Santé*, dont la version anglaise (*Objective: A Health Concept in Québec*) a été rendue publique en 1986. Ce rapport présente une vision écologique de la santé, ainsi que le besoin d'une épidémiologie sociale; ses auteurs croient que la province a besoin d'une véritable politique de la santé, qui repose sur une vision écologique de la santé et qui ne tienne pas uniquement compte du réseau médico-hospitaliers. Récemment, l'Ontario a fait beaucoup dans le domaine de la promotion de la santé, comme en témoigne la parution de trois rapports portant sur la santé, à savoir le rapport du Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, intitulé *La santé en Ontario: vers une orientation commune* (1987), le rapport du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario, appelé *La santé pour tout l'Ontario* (1987), et le rapport du Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé, *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario* (1987).

Il convient de noter que les initiatives prises au palier provincial sont compatibles avec la stratégie de *La santé pour tous*, ce qui porte à croire qu'il est possible que les priorités puissent faire l'objet de négociations entre les gouvernements fédéral et provinciaux.

Les initiatives prises par le service de santé publique de la ville de Toronto, comme la création, en 1987, d'une unité de protection de l'environnement (City of Toronto Department of Public Health "Memorandum", 1987) et la participation de cette ville, et de plusieurs autres au Canada, au projet de l'OMS "Vers des villes saines", montrent que, sur le plan local, on s'intéresse aux mêmes secteurs d'application de la promotion de la santé et de la politique publique favorisant la santé. Le document *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario* (1987) fournit un lien important et fort entre les politiques de promotion de la santé aux niveaux communautaire et provincial.

Enfin, le Canada a été témoin de la mise sur pied de programmes de formation portant principalement sur la promotion de la santé (comme le programme de maîtrise en promotion de la santé du Département des sciences de la santé de l'université de Toronto) ou de l'inclusion de la promotion de la santé dans un programme existant (comme le programme des Études de la santé de l'université de Waterloo). Un intérêt accru pour la recherche en promotion de la santé, au sein de la communauté universitaire, pourrait favoriser et améliorer la tendance vers la promotion de la santé dans notre pays.

ÉTAT DES CONNAISSANCES DANS LE DOMAINE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Au début de notre étude, nous avons classé sous la rubrique "important" un certain nombre de rapports et de documents de travail gouvernementaux. La suite de l'analyse documentaire a porté sur des questions liées à la promotion de la santé et à la politique publique favorisant la santé, qui reviennent constamment dans ces documents. Ces documents importants sont les suivants: *Nouvelle perspective de la santé*

des Canadiens, (Lalonde, 1974); *Healthy People*, (1979); *Les buts de la santé pour tous*, (1985); *Health Education and Promotion in Victoria*, (1986); *Health for All - 2000 and Health Promotion* (1986); *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé (1986)*; *Objectif: Santé*, (1986); *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, (1986); *La santé en Ontario: vers une orientation commune*, (1987); *La santé pour tout l'Ontario*, (1987).

Les grands sujets

Dans les documents que nous venons d'énumérer, certains thèmes et certaines questions reviennent constamment. La plupart de ces documents présentent une analyse détaillée de l'état de santé actuel de la population, qui décrit les principales tendances sur les plans de la mortalité et de la morbidité, notamment la montée des maladies chroniques et la régression des maladies transmissibles. À partir de cette analyse, la plupart des documents présentent une vision de la santé qui s'accorde avec la conception qu'en a l'OMS et qui établit un lien entre l'état de santé, d'une part, et les conditions qui prévalent dans l'environnement social et physique, d'autre part. De façon significative, les auteurs de ces rapports soutiennent que l'augmentation des sommes consacrées aux soins médicaux et aux établissements n'entraînera pas nécessairement une amélioration de l'état de santé de la population. Par conséquent, ils recommandent que des initiatives soient prises dans des domaines autres que la médecine et que les personnes, et même dans certains cas la société, endossent une plus grande part de responsabilité face à la santé. Il est donc recommandé, pour améliorer la santé, d'avoir recours à des stratégies qui font appel à la promotion de la santé, dans l'ensemble, et à la politique publique favorisant la santé, en particulier. Cependant, ces documents ne font guère plus que décrire certaines des caractéristiques de ce genre de politique publique et recommander des domaines où elle peut être instituée.

Le document de l'OMS, intitulé *Les buts de la santé pour tous* (1985:56), montre bien la nature normative des recommandations faites dans ces documents-clés, à l'endroit de la politique publique favorisant la santé:

> ...les politiques nationales de tous les États Membres devraient être telles que les mécanismes législatifs, administratifs et économiques assurent un large soutien intersectoriel et des ressources suffisantes à la promotion d'un mode de vie sain et qu'il y ait à tous les niveaux une participation efficace de la population à l'élaboration de politiques en la matière.

On recommande également d'étudier les politiques existantes dans le but d'y trouver les illogismes et les contradictions (comme l'attribution de subventions à des entreprises qui fabriquent des substances nocives), de déterminer les répercussions des politiques existantes sur la santé, de réglementer la publicité sur les produits nocifs et, surtout, de faire en sorte que "le public participe... à l'élaboration des politiques et des programmes" (*Les buts de la santé pour tous*, 1985: 57).

Dans une certaine mesure, cette tendance à prescrire et à généraliser reflète le caractère politique de ces grands documents.

> (traduction) Le rapport Lalonde était un document politique, dont l'auteur était ministre titulaire dans le cabinet du gouvernement fédéral du Canada. On n'est donc pas surpris de constater que très peu de ses recommandations risquent d'embarrasser le gouvernement sur le plan financier. Et pourtant, le document professe un intérêt pour tous les aspects de la santé. L'enthousiasme général avec lequel ce document a été accueilli montre bien qu'un peu partout dans le monde, on est peu disposé à s'attaquer à l'ensemble des obstacles qui nuisent à la santé. (Buck, 1985:22).

Les documents plus récents (par exemple, *La santé pour tous*, 1986; *La santé pour tout l'Ontario*, 1987) renvoient plus explicitement aux politiques de santé; ils soulignent, par exemple, le lien entre la situation socio-économique et les inégalités dans l'état de santé des gens. L'atmosphère d'objectivité et d'apolitisme scientifiques qui caractérise ces grands documents déçoit certains lecteurs (Strong, 1986). Cependant, si on les évalue dans une perspective plus positive, on se rend compte qu'ils doivent être considérés comme des documents précurseurs qui apportent la vision d'une nouvelle orientation en santé, en ne donnant cependant que peu de détails sur la façon de la réaliser.

Les grands aspects de la politique publique favorisant la santé qui ressortent de ces documents peuvent être brièvement résumés. En ce moment, le domaine est dans une période de transition: il passe graduellement de la conceptualisation à la mise en oeuvre. Les grands documents font partie de la phase de formulation au cours de laquelle la politique publique favorisant la santé est décrite et recommandée comme stratégie de promotion de la santé. Dans ces documents, on estime que cette politique requiert de la coordination, mais on accorde relativement peu d'attention à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'une politique publique coordonnée. Pour cette raison, l'intérêt dans ce domaine porte actuellement sur la méthode et les structures associées à l'élaboration et à la mise en oeuvre de politiques intersectorielles. Les publications portent en majeure partie sur ces aspects de l'élaboration et de la coordination de la politique. Bien que la distinction entre méthode et structure

soit, dans une certaine mesure, artificielle (les structures ayant une influence sur les méthodes et vice versa), nous traitons ces deux sujets séparément, pour que le tout soit plus clair. Enfin, nous constatons que les publications dans ce domaine sont en grande partie non empiriques, et plutôt faibles sur le plan théorique. La plupart ne sont même pas descriptives. Elles sont surtout normatives et bon nombre des recommandations qu'on y trouve n'ont, au mieux, qu'un faible lien avec la théorie en vigueur dans le domaine des sciences sociales. Nous reviendrons à ces problèmes au dernier chapitre de cet ouvrage.

RÉSUMÉ

Dans ce chapitre, nous avons vu les aspects conceptuel et définitionnel de la promotion de la santé et de la politique publique favorisant la santé. Nous avons donné, de ces deux notions, des définitions conformes aux hypothèses sur lesquelles elles reposent en ce qui concerne les déterminants de la santé. Ces définitions sont essentiellement celles qui ont été données par l'Organisation mondiale de la Santé et adoptées dans le document La santé pour tous (1986). La promotion de la santé est vue comme "le processus qui consiste à conférer aux personnes et aux communautés les moyens de mieux maîtriser les déterminants de la santé et, par conséquent, d'améliorer leur santé" (Health Promotion: Concept and Principles, 1986:9). La politique publique favorisant la santé se distingue de la politique traditionnelle axée sur les soins médicaux en ce que "sa perspective est écologique et son envergure multisectorielle, tandis que sa stratégie appelle la participation" (Milio, 1987a, 1987b).

Ces conceptions de la promotion de la santé et de la politique publique favorisant la santé ont évolué dans le contexte des changements qui ont été apportés à la promotion de la santé dans la récente stratégie de l'OMS, "La santé pour tous d'ici l'an 2000". La promotion de la santé est considérée comme une stratégie particulièrement propre à améliorer la santé dans les pays industrialisés. De ce fait, elle tranche avec les efforts qui sont faits dans les pays en développement, dans le but d'assurer à toute la population des soins de santé primaires.

Depuis la publication, en 1974, du document Nouvelle perspective de la santé des Canadiens et de la création, en 1978, de la Direction de la promotion de la santé au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, le Canada est à l'avant-garde dans les domaines de la promotion de la santé et de la politique publique favorisant la santé. Au Canada, comme ailleurs, en promotion de la santé, on a tout d'abord mis l'accent sur les efforts individuels en vue de changer les comportements qui influent sur la santé. Cette tendance est cependant, en voie de régression du moins dans le discours, sinon en pratique. Jusqu'à ce jour, on a fait quelques tentatives pour élaborer et mettre en oeuvre, à l'échelle nationale, une politique publique qui favorise la santé, en particulier dans les domaines du tabagisme, de la conduite avec facultés affaiblies et des toxicomanies.

Le domaine de la politique publique favorisant la santé est en transition: il passe graduellement de la conceptualisation à la mise en oeuvre. Alors qu'on en est encore à perfectionner la notion, des acteurs, dans tous les champs de compétence, à l'échelon international aussi bien qu'à l'échelon local, travaillent déjà à mettre cette politique en oeuvre. Au cours de cette transition, les étapes de l'opérationalisation des concepts et de l'élaboration des indicateurs appropriés semblent avoir été oubliées. La suite de notre étude documentaire porte sur les façons d'élaborer, de mettre en oeuvre et de coordonner les politiques multisectorielles favorables à la santé.

RÉFÉRENCES

Allison, Kenneth R. L'éducation sanitaire : la responsibilité individuelle et la victime prise comme bouc émissaire, *Éducation sanitaire*, printemps, 1982:11-13,24.

Ashton, J., Grey, P. and Barnard, K. Healthy cities WHO's new public health initiative. *Health Promotion*, 1(2), 1986:129-133.

Ashton, J., Seymour, H., Ingledew, D., Ireland, R., Hopley, E., Parry, A., Ryan, M. and Holbourn, A. Promoting the new public health in Mersey. *Health Education Journal*, 45(3), 1986:174-179.

Buck, C. Beyond Lalonde – creating health. *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement 1, May/June 1985:19-24.

City of Toronto Department of Public Health. Memorandum to Board of Health concerning the Establishment of an Environmental Protection Office within the Department of Public Health. February 10, 1987.

Crawford, Robert. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7, 1977:663-680.

Document d'orientation du Programme national de lutte contre le tabagisme au Canada. Comité de consultation, de planification et de mise en oeuvre du Programme national de lutte contre le tabagisme. Juin 1987.

Draper, Ron. Informal lecture given at Health and Welfare Canada, September 22, 1987a.

Duhl, Leonard J. *Health planning and social change*. New York: Human Sciences Press, Inc., 1986a.

Duhl, Leonard J. The healthy city: its function and its future. *Health Promotion*, 1(1), 1986b:55-60.

Evans, Robert. A Retrospective on the "New Perspective". *Journal of Health Policy, Politics and Law*. 7(2), 1982:325-344.

First Announcement. Healthy Public Policy, 2nd International Conference on Health Promotion, April 5-10, 1988, Adelaide, South Australia. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, May 6, 1987.

Foster, P. Health board heal thyself. *The Financial Post*, November 16, 1987:14.

Hancock, Trevor. Beyond health care. *The Futurist*, August 1982:4-13.

Hancock, Trevor. Health in transition. *Canadian Home Economics Journal*, 35(1), 1985a:11-13,16.

Hancock, Trevor. Beyond health care: From public health policy to healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement 1, May/June, 1985b:9-11.

Hancock, Trevor. Personal interview. November 9, 1987.

Hancock, Trevor and Duhl, Leonard J. *Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context*. Background working paper for the "Healthy Cities Symposium", Lisbon, Portugal, April 7 11, 1986.

Health Education and Promotion in Victoria. Report to the Minister of Health, June 1986.

Health for All Ontario. Report of the Panel on Health Goals for Ontario. August 1987.

Health for All – 2000 and health promotion. Bloomsbury, London: Bloomsbury Health Authority.

Health Promotion: Concept and Principles, In Action, A Policy Framework. Unpublished discussion document. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986.

Health Promotion Matters in Ontario. Report of the Minister's Advisory Group on Health Promotion, 1987.

Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979.

Healthy Public Policy Strategies for Action: The Adelaide Recommendations. World Health Organization, 1988.

Healthy Toronto 2000. Toronto: Healthy Toronto 2000 Subcommittee, Board of Health, August 1987.

Intersectoral Action for Health. The role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all. Geneva: World Health Organization, 1986.

Kickbusch, Ilona. Involvement in health: a social concept of health education. *International Journal of Health Education*, Supplement to XXIV, Issue 3, Oct./Dec. 1981:2-15.

Kickbusch, Ilona. Health promotion: A typology. *Health Promotion: Concepts and Principles*, A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles, Copenhagen, 9-13 July, 1984. Unpublished material received from World Health Organization, Regional Office for Europe.

Kickbusch, Ilona. Health promotion: A global perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 77, Sept./Oct. 1986:321-326.

Labonte, Ronald and Penfold, Susan. *Health Promotion Philosophy*. Vancouver: Western Regional Office, Health Promotion Directorate, Health and Welfare Canada, 1981.

Lalonde, Marc. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*.. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1974.

Love, Rhonda and Kalnins, Ilze. Individualist and structuralist perspectives on nutrition education for Canadian children. *Social Science and Medicine*, 18(3), 1984:199-204.

Macpherson, Alexander S. Personal interview. November 18, 1987.

McKeown, Thomas. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

Milio, Nancy. Promoting health through structural change: Analysis of the origins and implementation of Norway's farm-food-nutrition policy. *Social Science and Medicine*, 15A, 1981:721-734.

Milio, Nancy. *Promoting Health Through Public Policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986a.

Milio, Nancy. Commentary: Creating a healthful future. *Community Health Studies, IX (3), 1985a.*

Milio, Nancy. Health nations: Creating a new ecology of public policy for health. *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement 1, May/June 1985b:79-87.

Milio, Nancy. *Healthy Public Policy: Issues and Scenarios*. Unpublished paper prepared for A Symposium on Healthy Public Policy, Yale University, Oct. 5-6, 1987a.

Milio, Nancy. Personal interview. October 28, 1987b. *Objectif Santé. Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé*. Québec: Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984.

Objective: A Health Concept in Quebec. A Report of the Task Force on Health Promotion. Translated by M.S. Gayk. Ottawa: Canadian Hospital Association, 1986.

Ottawa Charter on Health Promotion, Ottawa: World Health Organization, Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, November 1986.

Player, D. Health education and health promotion a positive approach. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79, Supplement 13, 1986:2-4.

Ryan, William. *Blaming the Victim*. New York: Pantheon, 1971.

Six Program Priorities for a Healthier Alberta by 1990 and 1995. A discussion document. Prepared for the Joint Long Range Planning Steering Committee of the Health Unit Association of Alberta, March 1985.

Strong, P.M. A new-modelled medicine? Comments on the WHO's Regional Strategy for Europe. *Social Science and Medicine*, 22(2), 1986:193-199.

Targets for Health for All. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985.

Toward A Shared Direction for Health in Ontario. Report of the Ontario Health Review Panel. June 1987.

Vienna Dialogue on "Health Policy and Health Promotion Towards a New Conception of Public Health". Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Unpublished document ICP/HSR 623, 1987.

Williams, G. Health promotion caring concern or slick salesmanship? *Journal of Medical Ethics*, 10, 1984:191-195.

Chapitre Trois

Processus d'élaboration de la politique publique favorisant la santé

Le principal objectif de notre analyse documentaire n'était pas surtout d'examiner le contenu de cette politique publique, mais plutôt d'étudier la façon dont elle est mise en oeuvre. Il existe, dans les domaines de l'analyse des politiques, des sciences politiques et de la sociologie, un matériel considérable qui peut se révéler utile dans l'élaboration de la politique publique favorisant la santé. Il est largement possible d'y emprunter sur le plan conceptuel et d'utiliser des techniques et des méthodes de recherche propres à ces domaines, pour essayer de résoudre les problèmes particuliers à la politique publique dont il est question ici. Le présent chapitre puise donc dans ces domaines pour offrir un aperçu conceptuel des questions associées à l'élaboration de cette politique publique.

Le chapitre s'ouvre sur une définition de ce qu'est une politique et donne un aperçu de son processus d'élaboration. Pour ce qui est de la politique publique favorisant la santé, le processus d'élaboration est caractérisé par des exigences complexes sur les plans conceptuel et pratique; il faut en effet qu'il soit multisectoriel et pluridisciplinaire, que les problèmes définis comportent des facettes multiples, qu'il envisage l'activité humaine dans son contexte environnemental et qu'il appelle la participation. (*Health Promotion: Concept and Principles*, 1986). Dans ce chapitre, nous discutons des changements que ces caractéristiques devraient entraîner sur le plan de la conceptualisation.

Tout au long du chapitre, nous avons introduit, dans le débat, des extraits de documents innovateurs, à titre de ressources en vue de l'élaboration d'une politique publique favorisant la santé. Cependant, la dernière partie du chapitre porte surtout sur la vision, les valeurs et les buts, qui sont les aspects de cette politique où le Canada a eu quelque expérience récemment.

PROCESSUS D'ÉLABORATION DES POLITIQUES

Analyse des politiques

Il existe diverses façons d'examiner une politique, lesquelles peuvent toutes être regroupées sous la rubrique "analyse des politiques". Ham et Hill (1984) nous offrent une typologie utile comprenant sept façons de faire ce genre d'analyse. Les études du **contenu d'une politique** ont pour but de décrire et d'expliquer sa genèse et son élaboration. De façon générale, on étudie un ou plusieurs cas, afin d'observer comment la politique a pris naissance, comment elle a été mise en oeuvre et quels ont été ses résultats. Les études du **processus d'élaboration des politiques** portent surtout sur les différentes étapes de l'évolution des questions en jeu et tentent de déterminer le rôle que jouent divers facteurs dans l'évolution de ces questions. L'un des principaux buts consiste à déterminer les diverses influences qui agissent sur la formulation de la politique. Quant à l'étude des **résultats de la politique**, elle cherche à expliquer pourquoi les niveaux de prestation de services et de dépenses varient d'une région à l'autre. Dans le cadre de ces études, on considère les politiques comme des variables dépendantes et on tente de les comprendre en fonction de facteurs sociaux, économiques, technologiques et autres. Les **études d'évaluation**, qu'on appelle parfois études d'impact, ont pour but d'analyser l'impact des politiques sur la population. L'**information en vue de l'élaboration des politiques** rassemble toute une gamme de données venant de sources variées, dans le but d'aider les personnes chargées de prendre des décisions. La **défense du processus d'élaboration des politiques** est une variante de l'analyse des politiques, dans laquelle l'analyste essaie d'améliorer la nature des systèmes d'élaboration des politiques, notamment par la redistribution des fonctions et des tâches au sein de l'appareil gouvernemental. Enfin, dans le cadre de la **défense des politiques**, l'analyste, personnellement ou par l'intermédiaire d'un groupe de pression, fait pression pour introduire certaines options et opinions dans le processus d'élaboration des politiques. Ham et Hill divisent ces sept types d'analyse des politiques en deux groupes : les analyses de politiques proprement dites, d'une part (les trois premières), et les analyses pour les politiques, d'autre part (les trois dernières). L'étude d'évaluation chevauche ces deux catégories et peut être utilisée d'une façon ou de l'autre.

Comme nous l'avons déjà dit, la politique publique favorisant la santé peut être considérée comme la "politique du peuple et de ses élus, qui est caractérisée par une préoccupation évidente à l'endroit de la santé" (*Vienna Dialogue*, 1987:1). Blum (1981:229) nous donne une définition de la politique, qui est probablement la définition ad hoc couramment utilisée, laquelle énonce les paramètres de base que devrait comprendre toute politique publique favorisant la santé:

> (traduction) Une **politique** est une décision permanente, à long terme, continuellement utilisée, d'après laquelle on juge de l'acceptabilité de propositions plus particulières. Elle est caractérisée par un comportement constant et répétitif de la part de ceux qui l'élaborent et de ceux qui s'y conforment...
>
> La **politique publique** est une proposition établie et promulguée par un organisme public dûment autorisé à élaborer des politiques dans un domaine donné. Elle définit des objectifs et offre parfois des ressources. Dans certains cas, elle peut expliquer clairement les moyens à prendre pour réaliser ces objectifs.

Ceci étant dit, il convient de souligner que la politique est parfois un concept plus difficile à saisir que cet extrait de Blum veut bien le laisser entendre (Ham et Hill, 1984:101). Blum lui-même (1981:230) parle aussi de la politique explicite, par rapport à la politique implicite. La première est la politique que l'on trouve parfois dans une constitution ou qui est décrite dans le préambule des lois. Quant à la politique implicite, c'est celle qui, rétrospectivement, a toujours été en vigueur, mais qui n'a jamais été "interprétée", ayant toujours été considérée comme allant de soi.

Pour Wildavsky (1979:387), la politique est autant un processus qu'un produit: (traduction) "On se sert de ce terme pour décrire tant le processus décisionnel lui-même que le produit de ce processus". Quant à Ham et Hill (1984:11), ils accordent au mot "politique" plusieurs sens, à savoir (traduction) "un ensemble de mesures à prendre ou à ne pas prendre", "un ensemble de décisions et d'actions qui attribuent des valeurs" ou "un ensemble de décisions liées les unes aux autres, au sujet du choix des objectifs et des moyens de les atteindre, dans une situation donnée". Le présent chapitre porte sur le processus d'élaboration des politiques ainsi que sur le choix des buts et des moyens de les atteindre, plutôt que sur le produit, c'est-à-dire le véritable contenu des politiques publiques favorisant la santé.

Cependant, Dror (1971) définit trois niveaux de politique qui sont également pertinents sur le plan conceptuel: ce sont la métapolitique, la mégapolitique et la politique particulière. On appelle métapolitique une politique sur la façon d'élaborer les politiques, c'est-à-dire la politique ou les règles dont se serviront les décideurs pour élaborer toutes les autres politiques. L'affirmation de Draper (1987a) selon laquelle la politique publique favorisant la santé devrait être formulée selon un processus multisectoriel et participatif, faisant appel à des mesures de pression, constitue un exemple d'énoncé découlant d'une métapolitique, car il établit les paramètres du mode de fonctionnement du système d'élaboration des politiques.

La mégapolitique est un ensemble de politiques maîtresses qui fournissent des conseils généraux en vue de l'élaboration de politiques individuelles plus précises. Reeves, Bergwall et Woodside (1984:200) présentent une liste explicative des questions qui peuvent être traitées à l'aide de la mégapolitique, notamment les rôles organisationnels, les valeurs (par exemple, la qualité par rapport au coût), la théorie sur laquelle les décisions sont fondées, la définition des limites et de la mission du réseau de santé, la nature, l'ampleur et le calendrier des changements envisagés, les niveaux de risque acceptables et autres questions semblables.

Dror (1971:63) soutient que l'établissement de buts généraux visant à servir de lignes directrices pour l'élaboration de grands ensembles de politiques concrètes est l'une des principales exigences d'une mégapolitique souhaitable. Sous diverses rubriques, tels que buts, cibles et objectifs, cet élément a revêtu une grande importance dans de nombreux documents sur la politique publique favorisant la santé. Des initiatives visant à établir des buts généraux ont déjà été entreprises dans le contexte canadien (*La santé pour tout l'Ontario*, 1987).

Sur le plan des politiques particulières, la définition de Blum (1981), que nous avons déjà citée, commence à s'appliquer. Les politiques adoptées récemment par le gouvernement du Canada, pour lutter contre le tabagisme et les toxicomanies, sont des exemples de politiques particulières dans le domaine de la politique publique favorisant la santé (Pinder, 1987).

Cependant, Reeves, Bergwall et Woodside (1984:202) ajoutent un autre élément à la définition de la politique, c'est-à-dire une condition nécessaire pour transformer un conseil en une action: (traduction) "Une politique particulière est une autorisation accordée à un agent désigné d'agir d'une façon déterminée dans des conditions données". Cette question concernant la nature de l'autorité dans le processus d'élaboration des politiques s'applique à la mise en oeuvre des politiques existantes; elle s'applique également à la question de savoir qui peut légitimement déterminer la politique. Nous discuterons plus loin dans ce chapitre de la question de la participation au processus d'élaboration de la politique, et en particulier de sa mise en oeuvre. Ce qu'il faut remarquer ici, c'est que la politique est

aussi liée à l'autorité ou, dans un sens plus large, au pouvoir: c'est-à-dire le pouvoir de régir l'incidence des questions en jeu, d'influer sur la formulation et la mise en oeuvre des politiques et de réduire ou d'élargir le degré de changement (Chrichton, 1981).

Processus d'élaboration des politiques

Voici la description que font Lee et Mills (1982:21) du processus d'élaboration des politiques: les idées sont élaborées et les politiques formulées; les politiques sont transformées en une série d'objectifs; les objectifs sont convertis en plans lors du processus de planification; les plans sont transformés en une suite d'engagements et d'initiatives qui mènent à la réalisation des changements désirés et, en fin de compte, à des répercussions au niveau de l'organisation ou de son environnement.

Siler-Wells (1987) conceptualise l'élaboration des politiques de façon similaire. Il y voit cinq étapes consécutives: à l'origine du processus, il y a un problème ou un besoin; pour régler le problème, on élabore une politique, laquelle comprend des objectifs et des buts; une fois la politique élaborée, on entreprend, en vue de sa mise en oeuvre, la planification stratégique, au cours de laquelle on transforme les buts et les objectifs de la politique en une formule d'action; cette dernière est mise en pratique lors de l'étape de la mise en oeuvre de la politique, qui mène à la réalisation de l'étape finale, soit la résolution du problème.

Il importe de souligner ici que ces descriptions du processus d'élaboration des politiques ont été contestées. Lindblom (1986:21), par exemple, laisse entendre qu'en dépit de l'attrait immédiat qu'exercent les formules qui permettent de résoudre les problèmes, (traduction) "la formule est inacceptable et n'est pas utilisée lors du processus d'élaboration des politiques publiques". Il soutient que l'exigence selon laquelle il doit y avoir accord relativement aux buts et aux stratégies peut paralyser le processus; sans compter que ce sont plus souvent les buts qui sont choisis en fonction des moyens, que les moyens adoptés parce qu'ils conviennent aux buts visés. Pour finir, Lindblom recommande qu'on aborde la poursuite des politiques publiques favorisant la santé selon une approche "opportuniste", dans l'espoir que l'on parvienne à une entente au sujet de ces politiques quelles que soient, ou presque, les conditions dans lesquelles elles se présentent.

Pour Ziglio (1987a), il existe trois grandes méthodes d'élaboration des politiques publiques, lesquelles englobent toutes les perspectives déjà décrites. Ce sont: l'approche rationnelle-déductive, le gradualisme et le système des consultations intermédiaires. (traduction) "Selon l'approche rationnelle-déductive , la politique est structurée en fonction d'une stratégie, qui comprend une série d'étapes consécutives, établies dans le but d'atteindre un objectif donné" (Ziglio, 1987a:13, caractères gras ajoutés). Généralement, l'accent est mis sur la rationalité du processus, la suite logique des étapes et l'évaluation objective des différentes solutions possibles faisant un usage intégral des connaissances scientifiques existantes. Ziglio soutient, cependant, que pour mettre cette approche en oeuvre sans difficulté, il faut éviter les questions et les jugements de valeur; il ajoute que sur le plan politique elle s'est révélée naïve et utopique et qu'elle n'a pas répondu aux attentes.

Selon Dumoulin (1985), le désarroi qui caractérise actuellement la politique de santé est dû à un modèle de planification de la santé qui est impraticable; celui-ci est fondé sur un processus décisionnel et une organisation rationnelle. Les mesures d'amélioration de la santé qui sont hors de la compétence des ministères de la Santé ne sont pas accessibles dans le cadre de ce modèle. Dans la mise en oeuvre de "la santé pour tous", soutient-il, le problème n'est pas tant d'améliorer les services que de transformer la logique sous-jacente au système actuel. Une telle transformation est hors du champ de la planification rationnelle: (traduction) "Un cadre d'analyse rationnel qui ne tient pas compte des conflits, des rapports de force et des relations interpersonnelles est complètement coupé de la réalité des structures décisionnelles et, par conséquent, ne peut avoir aucune influence sur elles" (Dumoulin, 1985:202).

La critique à l'endroit de l'approche rationnelle-déductive est surtout le fait des partisans de la seconde approche définie par Ziglio, soit le **gradualisme**. Le critique le plus souvent cité est Lindblom, dont nous avons déjà parlé. Vu les limites des capacités intellectuelles humaines, l'incapacité d'en arriver à une connaissance parfaite et le peu d'importance accordé au contexte politique dans le cadre de l'approche rationnelle-déductive, il est recommandé, selon l'approche graduelle, de "se débrouiller" en se fondant sur les jugements de valeur de personnes ou de groupes bien informés au sujet des politiques, ainsi que sur leur pouvoir et leurs aptitudes politiques, qui leur permettent d'en arriver à des ententes.

Hunter (1980) reconnaît que l'approche graduelle permet d'expliquer de façon convaincante une bonne partie du processus d'élaboration des politiques, mais il soutient qu'elle n'explique pas pourquoi certains processus sont plus graduels que d'autres. Elle ne reconnaît pas non plus, ajoute-t-il, qu'une bonne partie du processus gouvernemental n'est pas graduel, ni en apparence, ni quant à ses conséquences. Cependant, pour Ziglio, le processus décisionnel par étapes progressives est correctif; il vise à atténuer les imperfections sociales actuelles et ne peut produire que des changements marginaux, dans le meilleur des cas. À son avis, il tend à renforcer l'inertie et à décourager l'innovation.

Cette opinion est confirmée par DeSario (1982), qui soutient que la politique des soins de santé aux États-Unis au cours des quarante dernières années, a reposé sur une approche graduelle. Dans ce pays, les politiques ont changé en réponse aux conditions sociales et économiques, mais, selon DeSario, le résultat le plus important est le degré considérable d'inertie qui marque les programmes dans l'ensemble du réseau. La création de programmes dans le cadre de l'approche graduelle (traduction) "a empêché la société de tirer plein parti de la planification; au lieu de cela, à cause de ses lacunes, cette approche a entraîné des coûts stupéfiants sur les plans social et économique" (DeSario, 1982:173). DeSario (1982:176) semble favoriser "les calculs rationnels et stratégiques en vue d'un objectif ultime" dans le cadre d'un processus centralisé et intégré d'élaboration et de coordination de la politique. Malheureusement, cette position est sujette à la même critique que celle qui est adressée à l'approche rationnelle-déductive, dont nous venons de parler; elle peut aussi réfuter l'engagement face à la participation du public, qui est supposé être la marque de la politique publique favorisant la santé.

La troisième approche définie par Ziglio est le système des **consultations intermédiaires**, par lequel on tente de combler les lacunes des deux autres. Elle rejette la version pure de l'approche rationnelle-déductive, parce qu'il est impossible de parvenir à une connaissance exhaustive et qu'on ne peut prévoir toutes les conséquences possibles d'une décision. L'approche progressive est rejetée à cause de son manque de vision. Alors que l'accumulation de petits changements pourrait mener à un changement important, l'approche graduelle n'offre aucune indication quant à ce genre d'accumulation. Dans le cadre du système des consultations intermédiaires, il est donc recommandé, avant de prendre des décisions fondamentales, d'explorer les principales solutions de rechange possibles, à la lumière des buts des politiques, et de prendre, aussi rationnellement que possible, des décisions devant être appliquées progressivement, dans le contexte des décisions fondamentales. Ziglio laisse cependant entendre que cette approche peut, dans la pratique, se révéler tout aussi utopique que l'approche rationnelle-déductive, et tout aussi "léthargique" que le processus qui consiste à "se débrouiller" (Ziglio, 1987a:24).

On peut envisager la politique publique favorisant la santé comme un processus complexe, dans un environnement social, économique et politique soumis à des changements. Elle se heurte au pouvoir de groupes ayant des intérêts de longue date, tout en restant engagée à favoriser la participation du public; elle doit résoudre la contradiction qui existe entre une coordination efficace et la décentralisation que suppose une vaste participation. Ziglio (1987a) conclut qu'aucune des trois approches utilisées jusqu'à ce jour ne permet de réaliser cet objectif. Cependant, l'incertitude peut demander plus de planification, et non son abandon. Par conséquent, des trois approches que nous venons de voir, Ziglio recommande le système des consultations intermédiaires.

Conception de la politique

Tandis que la politique publique favorisant la santé peut requérir des étapes planifiées en vue d'atteindre un objectif à long terme, l'élaboration des politiques est généralement considérée comme un processus par tâtonnements, caractérisé par des interventions faites presque au hasard. De plus, l'analyse des politiques a privilégié l'évaluation des conséquences, plutôt que la création de solutions de rechange précises (Linder et Peters, 1984).

Nagel (1984) accorde énormément d'attention à l'analyse coûts-avantages, à la mesure de l'égalité des chances sur le plan de la santé, ainsi qu'à l'évaluation des buts et au choix des moyens à employer pour les atteindre. Dans les approches généralement utilisées jusqu'à ce jour, il existe de vastes ressources. Néanmoins, la façon généralement employée pour concevoir les politiques, du moins aux États-Unis, a été décrite comme étant "routinière et répétitive", c'est-à-dire qu'elle reformule les mêmes propositions dans un domaine bien établi au programme gouvernemental, et qu'elle traite les nouveaux problèmes à partir de ce qui a été fait dans le passé dans des cas semblables (Ingraham, 1987). (traduction) "Le résultat du processus conceptuel est habituellement un choix réfléchi entre un certain nombre de solutions possibles, basées sur une série de buts bien définis... ce modèle ne dit rien de la production ou de la préparation de solutions de rechange" (Dryzek, 1983:346).

Récemment, l'optique de l'analyse des politiques a subi certains changements: cette analyse reflète maintenant l'augmentation des connaissances théoriques et des réactions aux perspectives changeantes concernant le foyer des grands problèmes. Ingraham (1987:625) remarque que ce n'est qu'assez récemment qu'on a commencé à étudier la conception des politiques dans le cadre des études sur les politiques publiques; pourtant, en tant que première étape formatrice du processus d'élaboration des politiques, elle "façonne" ce processus sous bien des aspects importants. Cet auteur définit la conception de la politique

> (traduction) **comme un processus au cours duquel les liens causals entre le problème et la solution sont méthodiquement explorés...il** suppose que l'analyse portera sur la cause et l'effet, tôt au cours des activités associées à la formulation, et qu'elle profitera d'informations et de directives fournies par un vaste cadre de travail explicatif.

Or, Dryzek (1983:346) qualifie l'étape de la conception de la politique de "bête quelque peu élusive". Il décrit différentes méthodes qui varient selon la complexité et l'incertitude des circonstances dans lesquelles les décisions doivent être prises au sujet de la politique.

Ces auteurs ont en commun leur désir de donner des assises théoriques au processus d'élaboration des politiques, de comprendre les caractéristiques de la politique elle-même, de même que celles du processus d'élaboration (Linder et Peters, 1984). À cette fin, les trois auteurs que nous citons ici font des suggestions visant à améliorer la conception de la politique. Ingraham définit huit variables qui doivent être prises en considération au cours de ce processus, notamment la capacité qu'a un problème d'être résolu, le consensus entourant le but de la politique, la diversité des personnes ou groupes concernés et les ressources consacrées à la politique. Linder et Peters proposent que les problèmes relatifs à la politique soient caractérisés par certains attributs, notamment l'échelle de grandeur, l'évidence et le degré de particularité, au lieu d'être classés pour la forme sous le nom d'un "domaine de politique" ou d'un instrument particulier. Quant à Dryzek, il parle de la "conception d'un processus de conception"; il décrit à cet effet une hiérarchie de niveaux selon laquelle à mesure qu'augmente la nécessité de concevoir une politique, la possibilité de la réaliser diminue.

Dryzek souligne l'ironie inhérente au processus de conception des politiques, soulevée par les autres auteurs, à savoir que la conception des politiques est le plus nécessaire dans les conditions complexes et incertaines, mais que, dans ces conditions, les relations causales ne peuvent qu'être faiblement déterminées, ce qui rend la conception des politiques moins facilement réalisable. Selon nos observations, les auteurs considèrent que la complexité et l'incertitude caractérisent le milieu dans lequel la politique publique favorisant la santé doit être mise en oeuvre. On reconnaît, dans le domaine de la conception des politiques, que certaines parties d'une politique seront plus faciles à maîtriser que d'autres et, par conséquent, se prêtent mieux à la conception. Il conviendrait d'examiner la politique publique favorisant la santé sous ce jour.

Détermination du problème

Alors que certains auteurs définissent la conception de la politique comme une première étape formatrice, aucun des articles dont nous avons déjà parlé ne cherche à savoir comment, au départ, un problème devient l'objet d'une politique. Pour Nagel (1984), les buts et les politiques viennent de quatre sources possibles, à savoir 1) l'autorité (personnes, ouvrages, articles ou autres sources d'information fiables); 2) l'analyse statistique ou secondaire à l'observation; 3) la déduction, c'est-à-dire le fait de tirer des conclusions de prémisses établies par l'autorité, l'observation ou l'intuition; et 4) l'analyse de sensibilité, qui ne semble être guère plus que des suppositions subtiles. Cette dernière source, en particulier, semble être le type d'analyse de politique que les partisans de la conception de la politique ont contesté.

L'influence de l'opinion publique sur la détermination d'un problème n'est pas facile à évaluer, même dans le cas d'une question majeure comme la lutte contre le tabagisme (Calnan, 1984). Certaines études (Blum, 1983) laissent entendre que les groupes de travailleurs organisés, par exemple, peuvent avoir une grande influence, tandis que d'autres (Cox, 1983) semblent indiquer que les demandes de ces groupes sont relativement mineures, en comparaison de l'impact attendu des initiatives de réforme ainsi que de l'activité des fonctionnaires.

Ham (1985) souligne un nombre de plus en plus grand de travaux qui laissent supposer que les exigences politiques ne surgissent pas librement dans la communauté, mais sont fabriquées par les chefs politiques. (traduction) "Par la manipulation du langage et la création de crises, les autorités peuvent imposer leurs propres définitions des problèmes et contribuer à établir le programme politique" (Ham, 1985:82). Par contre, Cox (1983) et Lindblom (1986) insistent sur la faillibilité humaine lorsqu'ils soutiennent que les responsables des politiques risquent davantage de mal percevoir les problèmes, devant les données dont ils disposent, que d'agir avec des intentions machiavéliques. Calnan (1984:287) souligne également (traduction) "...que rien ne nous permet de dire si ce que pensent les politiciens au sujet de "l'opinion publique" reflète vraiment les véritables sentiments de l'électorat".

Pour Dror (1986:148), la définition des problèmes (diagnostic) et l'établissement du programme politique sont des étapes essentielles du processus d'élaboration des politiques; il soutient cependant que les lacunes qui s'y rattachent et le manque d'analyse nuisent à ces deux étapes. (traduction) "En tant qu'aspect du processus d'élaboration des politiques, le diagnostic comporte la perception et l'explication initiale...des réalités pertinentes, de leur signification et de leurs destinées possibles." Dror (1986:148) soutient que les distorsions graves sur le plan du diagnostic sont très difficiles à corriger une fois qu'elles sont acceptées comme postulats, comme hypothèses de politique et comme points de départ du processus d'élaboration de la politique.

Pour comprendre comment un problème devient l'objet d'une politique, il faut se pencher sur l'établissement du programme politique, qui est le processus selon lequel les questions sont adoptées et les priorités choisies aux fins de l'élaboration des politiques.

> (traduction) L'établissement du programme permet de fixer l'attention, comme s'il s'agissait d'une des ressources les plus rares dans le domaine de l'élaboration des politiques...les priorités du programme déterminent la

> considération accordée aux problèmes et à leur résolution...la formulation du problème, comme cela se passe souvent lors de l'établissement du programme, prédétermine les décisions, par exemple en ramenant la pensée à des termes explicitement mentionnés (Dror, 1986:153).

Malheureusement, Dror conclut qu'on possède moins de données sur le processus d'établissement du programme que sur tous les autres aspects de l'élaboration des politiques. Il propose un certain nombre d'éléments qui peuvent influer sur ce processus, notamment les "politiques à la mode" qui supplantent les problèmes plus fondamentaux, l'influence des médias d'information, le report de questions controversées et peu plaisantes et les "manies" personnelles des décideurs qui sont en situation d'autorité et de leurs conseillers. Ces caractéristiques, qui marquent le véritable processus d'établissement du programme, contreviennent à certains des éléments essentiels à un processus d'élaboration des politiques de qualité, comme le moment choisi pour prendre les décisions, la nécessité d'adopter une formulation multiple et ouverte des problèmes et l'existence d'une certaine corrélation entre les questions mises au programme et les principaux problèmes objectifs que vise une politique.

RECONCEPTUALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ

Jusqu'à maintenant, nous avons discuté de façon générale des facteurs qui entrent dans le processus d'élaboration des politiques ainsi que des perspectives sur ce sujet. Nous nous sommes penchés sur trois approches face à ce processus, sur l'importance de la conception de la politique et sur les difficultés qui marquent l'établissement du programme politique. Certains auteurs ont laissé entendre qu'il serait souhaitable, dans le cadre de l'élaboration de la politique publique favorisant la santé, de se servir du système des consultations intermédiaires et d'accorder une attention explicite à la conception de la politique. Le problème théorique que présente l'établissement du programme politique reste important, mais si l'on en juge par le grand nombre de politiques publiques favorisant la santé actuellement adoptées, on peut conclure que les problèmes pratiques ont peut-être été partiellement réglés. Ayant soulevé certaines questions générales au sujet du processus d'élaboration des politiques, la discussion se tourne maintenant vers plusieurs particularités propres à la politique publique qui nous intéresse, à savoir son envergure, le milieu dans lequel elle est entreprise et certaines conséquences de sa nature participative.

De la politique de santé à la politique publique favorisant la santé

Selon l'hypothèse mise de l'avant dans les publications portant sur la politique de santé proprement dite, cette dernière ne serait qu'une version de la politique en général et, par conséquent, les processus en cause pourraient servir indifféremment à l'une ou à l'autre. Bien entendu, la santé est un cas particulier, car elle a ses propres acteurs, ses propres intérêts et son propre domaine d'action.

Dans la perspective de la politique publique favorisant la santé, l'une des lacunes de la politique de santé est le fait qu'elle ait été enfermée dans la politique du réseau de soins de santé qui, à son tour, est dominée par la politique des soins médicaux. Selon Wildavsky (1979:286), le mot santé est devenu synonyme d'"égalité d'accès à la médecine". Comme nous l'avons déjà dit, Hancock (1982) a été l'un des premiers à utiliser le terme "politique publique favorisant la santé"; cette expression s'oppose également à la politique de santé publique en tant que "politique de soins aux malades", les soins aux malades étant le domaine dans lequel la médecine excelle. Ce changement d'orientation, de la notion de politique de santé à la notion de politique publique favorisant la santé, offre une autre dimension aux discussions portant sur les politiques, celle d'un cadre de travail qui englobe et peut-être même intègre, et dans lequel les politiques de tous les secteurs sont considérées comme ayant une influence sur la santé.

Or, la santé n'est pas le premier domaine qu'on ait jugé digne d'une conceptualisation élargie, à des fins de politiques. Gil (1981:45) critique la notion restrictive utilisée pour conceptualiser la politique sociale comme (traduction)" un système fondé sur la réaction et l'amélioration, utilisé pour régler les lacunes soi-disant transitoires d'une "économie de marché autorégulatrice". Cette critique est semblable à celle de Hancock (1982), que nous avons déjà citée, laquelle reproche à la politique des soins de santé de ne pas être différente de la politique des soins médicaux. Ce qu'il faut souligner ici, c'est que la politique sociale et la politique de santé ont toutes deux été conçues dans un cadre étroit.

Gil (1981:46) propose un modèle dans lequel le domaine de la politique sociale

> (traduction) inclut toutes les politiques conçues dans le but de régulariser les rapports au sein de la société, ainsi que la qualité de la vie ou le niveau de bien-être de cette société. Par conséquent, les mesures économiques ne sont pas considérées comme un domaine de politique distinct, mais comme un moyen important de réaliser les objectifs de la politique sociale.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (*Vienna Dialogue*, 1987:1), (traduction) "la meilleure politique de promotion de la santé est une bonne

politique sociale". Depuis longtemps, la politique de santé et la politique sociale découlent d'un même esprit, et le genre de politique sociale proposé par Gil peut nous aider à réfléchir à la nouvelle ampleur de la politique de santé que requiert la politique publique favorisant la santé.

Stewart (1984a) décrit un projet entrepris par Environnement Canada, dans le cadre duquel on a examiné le rapport qui existe entre les facteurs économiques et l'environnement. L'initiative de ce projet est en partie due à la position subordonnée d'Environnement Canada par rapport aux ministères des Finances et de l'Énergie, des Mines et des Ressources, et aux difficultés qu'entraîne sa situation de "parent pauvre" lorsque vient le moment de réaliser son mandat, qui est de bien gérer l'environnement. Pour Stewart, du moins, le résultat a été une reconceptualisation fondamentale des affaires économiques et publiques, de manière à considérer les affaires humaines comme un élément du contexte environnemental (Stewart, 1984b). Dans le cours du projet, le rôle et le mandat d'Environnement Canada, de même que sa place au sein du processus d'élaboration des politiques, ont aussi été remis en question de façon fondamentale. Stewart soutient qu'une révolution copernicienne s'impose sur les plans de la perception de notre situation et de la gestion de nos affaires quotidiennes. L'économie a besoin d'être située dans le contexte de l'univers environnemental, ce qui est contraire à la relation qui existe à l'heure actuelle.

Brewer (1987) donne à cette discussion une portée élargie qui commence à intégrer l'analyse des politiques, la science de l'environnement ou l'écologie et la santé publique. La science des politiques, comme il l'appelle, et l'écologie ont en commun certaines caractéristiques peu courantes. Toutes deux vont à l'encontre des normes de fragmentation et de spécialisation qui prévalent actuellement dans les différentes disciplines et professions. Toutes deux sont axées sur les problèmes, elles se servent de diverses méthodes et prennent en considération tant l'ensemble des événements que leurs différentes parties, dans des contextes donnés. Les arguments invoqués par Brewer rappellent la notion de l'écologie des politiques mise de l'avant par Milio (1985b), laquelle laisse entendre que les politiques, les sciences et l'écologie peuvent donner naissance à un hybride conceptuel utile.

On veut ici reconnaître le nouvel ordre de grandeur à donner à la "politique de santé" selon ce qu'exige la politique publique favorisant la santé, ainsi que donner des exemples de réévaluations conceptuelles et organisationnelles comparables, effectuées dans d'autres domaines. Ces exemples portent à croire que la science de l'environnement/écologie et l'étude des politiques, en tant que domaine propre, pourraient se révéler utiles pour l'étude de la politique publique favorisant la santé.

L'environnement de la politique publique favorisant la santé

L'environnement ou le contexte dans lequel la politique publique favorisant la santé devra être mise en oeuvre a été appelé "post-industriel". Kickbusch (1986) soutient que les structures héritées du passé ne se prêtent pas à la réalité actuelle et ne nous permettront pas d'aborder l'avenir en toute sécurité. À son avis, il existe, à l'échelle globale, une crise des soins de santé qui est particulière à une situation où les compétences, les rôles et les mécanismes organisationnels traditionnels ne peuvent permettre de relever les défis qui se présentent. Il y a déjà quelque temps que Schon (1971) a attiré l'attention sur ce qu'il considérait comme une accélération sans précédent du rythme de changement dans les sociétés industrielles modernes. Bien que cette opinion puisse être contestée et qu'il soit possible qu'elle repose sur une vision stéréotypée selon laquelle les sociétés passées étaient immuables, Schon n'en soutient pas moins que les niveaux actuels de changement social pourraient bien s'approcher d'une sorte de seuil, au-delà duquel l'adaptation devient de plus en plus difficile: (traduction) "...alors que depuis deux cents ans le changement technologique se poursuit de façon exponentielle, il a maintenant atteint un niveau de pénétration et de fréquence particulièrement menaçant pour la stabilité" (Schon, 1971:27).

À l'aide d'études de cas portant sur le rôle des valeurs dans le processus de planification, Khakee et Dahlgren (1986) ont fait une analyse de l'environnement actuel, en relevant l'émergence d'une dimension de valeurs, en plus du continuum habituel entre la droite et la gauche. Ces deux auteurs considèrent que cette nouvelle dimension des valeurs est le résultat des mouvements sociaux contemporains comme le féminisme, l'environnementalisme et le pacifisme. On remarque actuellement l'émergence d'un nouvel ensemble de valeurs dont les tenants demandent que les pouvoirs soient décentralisés au profit des communautés et au sein même de celles-ci, que les communautés dépendent davantage de leurs propres ressources et qu'on accorde de l'importance à la qualité de la vie et aux réalisations personnelles. Il semble que ces valeurs soient à la base du présent débat sur la politique publique favorisant la santé. Cependant, l'autosuffisance des communautés, au point de les rendre pleinement indépendantes, n'est pas considérée comme une valeur viable par certains partisans de cette politique publique (*La santé pour tout l'Ontario*, 1987), qui soutiennent que l'un des aspects de la force de la communauté est sa capacité d'accès à des ressources de l'extérieur qui peuvent favoriser la promotion de la santé.

La constatation la plus marquante faite par Khakee et Dahlgren (1986:193) concerne les différences qui séparent les valeurs des planificateurs et des décideurs de celles des citoyens:

(traduction) "...nos études confirment que les planificateurs et les décideurs semblent avoir été moins touchés par les nouvelles valeurs qui se manifestent, surtout parmi la jeune génération, en Suède et dans d'autres pays industrialisés. L'élite au pouvoir considère ces valeurs ... comme temporaires, irréalistes et idéalistes".

Selon les auteurs, cet écart sur le plan des valeurs complique le processus de planification.

Les taux élevés de chômage, l'importance des dettes publiques et nationales dans la plupart des économies occidentales, les fluctuations du marché boursier et les autres changements économiques, qui sont tous des phénomènes qui frappent l'ensemble des pays du monde, sont aux yeux de certains observateurs (Gough, 1979; Navarro, 1982; O'Connor, 1973), le signe d'une crise économique globale. Selon Block et Hirschhorn (1980:363), la plupart des sociétés industrielles (traduction) "...qui reposent sur la prestation de services et sur les techniques de pointe qui éloignent la main-d'oeuvre de la production directe, vivent une période de transition". Selon eux, cette transition crée une crise sociale profonde qui a entraîné une restructuration de l'État providence, caractérisée par des compressions dans les dépenses sociales, l'allocation de subventions au secteur privé et la privatisation des services (Navarro, 1982). S'il en est vraiment ainsi, cela expliquerait l'appui accordé aux approches traditionnelles et individuelles employées en promotion de la santé, lesquelles mettent l'accent sur la responsabilité individuelle, plutôt que sociale ou gouvernementale, en matière de santé (Smith, 1986).

En partie pour répondre aux contraintes économiques imposées dans le secteur public en Suède (où le système de santé a été l'orgueil et le pivot de l'"État providence"), on a récemment constaté une croissance du marché privé dans le domaine des soins (Rosenthal, 1986). Aux États-Unis, en France, en Angleterre et au Québec, les pressions exercées par les compressions des coûts ont suscité un regain d'intérêt pour les questions de promotion de la santé, mais, selon certains (Kimberly et Rodwin, 1984), il a été plus facile de rejeter le fardeau de la responsabilité sur les personnes et de mener des croisades morales contre les comportements personnels qui constituent un risque pour la santé, que d'assumer collectivement la responsabilité de la prévention.

On se demande quelles seront les conséquences de ces changements sociaux et de la dégradation croissante de l'environnement sur les politiques de santé et sur l'élaboration de politiques publiques favorisant la santé. Par exemple, si l'on tient compte des données selon lesquelles le chômage serait associé à un risque pour la santé, les responsables de l'élaboration des politiques de santé devraient prendre en considération la politique économique. Écoutons Mustard (1987:472) à ce sujet : (traduction) "...on se demande s'il y a communication entre ceux qui s'occupent de nos problèmes sociaux et de santé et ceux qui s'occupent de notre avenir économique".

Les partisans de la politique publique favorisant la santé n'ont pas en commun de paradigmes théoriques au sujet du rôle de l'État; on ne peut dire non plus que les hypothèses qu'ils avancent au sujet de ce rôle soient claires. La théorie des groupes d'intérêts, qui suppose un modèle pluraliste du processus politique (Cox, 1983), s'oppose aux approches politico-économiques (Navarro, 1987), et il existe toute une gamme de solutions de rechange à ces deux grandes approches. Avant d'entreprendre une recherche sur la politique publique favorisant la santé, il faut absolument clarifier les hypothèses mises de l'avant dans ces modèles:

(traduction) Pour être en mesure d'évaluer les problèmes de politique, à l'avenir... il est essentiel de bien comprendre ces perspectives rivales (sur le rôle de l'État), si ce n'est que pour discerner comment le choix et la formulation des politiques de santé sont le reflet des croyances politiques au sujet du rôle que devrait jouer l'État dans la société (Rodwin, 1984:52).

Le milieu où la politique publique favorisant la santé doit être mise en oeuvre est donc caractérisé par la complexité et l'instabilité, comme le démontrent les modifications des valeurs et les changements dans le rôle de l'État, au sujet desquels on s'interroge énormément, sans cependant obtenir beaucoup de réponses précises. Les initiatives de recherche en rapport avec cette politique publique requièrent l'application, après en avoir fait l'interprétation, de modèles opposés de relations entre l'État, les groupes d'intérêts et la population, d'une part, et entre ceux-ci et le domaine de la santé, d'autre part. Alors qu'on a grandement besoin de recherches sur ce sujet dans le contexte canadien, il est aussi recommandé d'entreprendre des recherches comparatives.

Participation

Favoriser la participation du public est l'un des principes directeurs de la politique publique favorisant la santé (Healthy Public Policy Supplementary Report, 1987), mais on ne sait exactement quelle forme devrait prendre cette participation. La Déclaration d'Alma Ata a établi un lien sans équivoque entre les soins de santé primaires et la participation pleine et entière des personnes et des familles de la communauté. Selon cette déclaration, les gens ont le droit et le devoir de participer à la planification et à la prestation des soins

nécessaires à leur santé. Cependant, Vuori (1984) déclare que dans les pays d'Europe, comme dans les autres pays industrialisés, l'établissement de services de santé ne requiert aucune participation qui prendrait la forme d'une contribution de la part de la base; ce dont les gens ont plutôt besoin, c'est d'une occasion de participer au processus décisionnel en vigueur, dans le domaine des soins de santé.

Et pourtant, la participation peut prendre bien des formes. Arnstein (1969) décrit une échelle de participation qui va de la non-participation à l'exercice du pouvoir par les citoyens, en passant par la participation symbolique; mais il définit ensuite la véritable participation des citoyens comme une redistribution du pouvoir, qui permet aux démunis de jouer un rôle lorsque vient le moment, par exemple, de déterminer comment l'assiette fiscale doit être répartie, comment doit se faire la diffusion de l'information et comment on doit établir les buts et les politiques. Pour Arnstein, la redistribution du pouvoir est fondamentale; malheureusement, personne ne décrit comment doit se faire cette redistribution.

La question de la participation est une préoccupation courante des sciences politiques, au même titre que les problèmes de représentation et de décentralisation (Bjorkman, 1985). Toutes ces questions s'appliquent à l'élaboration de la politique publique favorisant la santé. Vuori (1984) pose la question: "*Qui* participe à *quoi*, *comment* et *pourquoi*?"

Les publications qui traitent de la participation soulignent constamment le rapport qui existe entre le degré de participation d'une personne et certaines variables, comme le niveau de scolarité, le statut professionnel et le revenu familial. On a remarqué que les hommes participent plus que les femmes, et que les habitants de longue date sont plus portés à participer que les nouveaux venus (Edwards et White, 1980). Ainsi, Edwards et White (1980), de même que Parker (1983), remarquent qu'il existe des problèmes de méthode et de mesure dans les publications, mais le rapport dont nous venons de parler semble bien implanté sur le plan conceptuel. Il a toujours été difficile d'amener les personnes démunies à participer.

L'expérience, qu'on a faite aux États-Unis, de la participation dans le cadre de programmes autorisés n'a pas été encourageante. En effet, ou bien les niveaux de participation des citoyens qui avaient été prévus n'ont pas été atteints, ou bien cette participation a été reléguée à des questions mineures ou marginales. Les organismes communautaires qui avaient été mandatés à cette fin n'ont ni élargi le rôle des populations généralement exclues, ni suscité des changements dans le domaine de la politique publique (Gittell, 1983).

Sur le plan international, le secteur de la santé offre maintes expériences en matière de participation. Cependant, les études des systèmes de santé effectuées aux États-Unis et les comparaisons qui ont été faites des moyens utilisés par différents pays pour administrer le secteur de la santé laissent croire que la participation des usagers à la planification des services de santé et à l'élaboration des politiques a eu peu d'effet sur la réforme des systèmes de santé. Le fait que les usagers soient majoritaires au sein des conseils d'administration ne garantit pas qu'ils soient maîtres du processus décisionnel, car ces gens ont tendance à s'incliner devant le jugement de ceux qui ont la responsabilité des soins (Riddick, Cordeo, Eisele et Montgomery, 1984). Les planificateurs mettent parfois l'accent sur des aspects techniques qui rendent impossible la participation des usagers; ils considèrent en outre que ces derniers ralentissent le processus et font augmenter les coûts. Les membres des associations de consommateurs ne sont pas toujours représentatifs de la population de leur région ou n'ont pas à répondre de leurs actions auprès des principaux groupes de leur circonscription. Les médecins et les administrateurs d'hôpitaux, qui sont les participants les plus actifs, les mieux organisés et les plus influents, prédominent toujours (Checkoway, O'Rourke et Bull, 1984) et les usagers n'ont pas nécessairement conçu des façons à eux de considérer les questions relatives à la politique de santé. Selon Fontana (1986:554):

> (traduction)...il ne suffit pas de créer tous les signes extérieurs de la participation et de présumer que les réformes de la politique de santé vont suivre. Le système de planification qui existe à l'heure actuelle aux États-Unis risque véritablement de favoriser une plus grande implantation des intérêts privés et professionnels dans le domaine des politiques de santé.

Bjorkman (1985:415) nous offre un résumé succinct, fondé sur des courbes de données comparatives:

> (traduction)...les mesures prises en vue de la participation des citoyens servent de caution aux politiques choisies par l'élite professionnelle. Lorsqu'il y a des citoyens non professionnels au sein des comités de planification, des comités d'organisation et des conseils de santé, ceux-ci sont rarement actifs. L'ordre du jour est établi par le président, après consultation avec les administrateurs et les spécialistes qui font partie du personnel de l'établissement concerné. À cause de contraintes de temps et d'un manque de connaissances de base, les représentants non professionnels sont peu préparés à discuter de questions techniques; par conséquent, il acceptent généralement les recommandations des membres du personnel. Souvent, les professionnels qui font partie du personnel

règlent leurs propres conflits avant les réunions, ce qui leur permet de faire front commun devant le conseil. Tout représentant de l'extérieur qui s'oppose fréquemment à des recommandations est rapidement considéré comme un "fauteur de trouble" ou une "personne imbue d'elle-même", pour finir par ne plus compter.

Bjorkman a également observé que, quels que soient les modes d'organisation ou de financement, les médecins dominent le processus décisionnel dans le secteur de la santé. Bien que Tierney (1987) soutienne que le nombre d'intérêts organisés dans le domaine de l'élaboration des politiques de santé ne se limite plus au cercle intime du complexe médico-industriel, Bjorkman considère que le nombre de représentants venant des différents secteurs de la prestation des soins est exagéré. Cela n'a rien d'étonnant, car les gens dont le gagne-pain est en cause ont un grand désir de protéger leurs intérêts (Bruton, 1980).

Les groupes d'intérêts semblent être acceptés parce qu'ils sont nécessaires sur le plan fonctionnel et utiles dans l'arène politique (Pross, 1975). Cependant, l'admission, aux discussions portant sur la politique de santé, de représentants d'autres secteurs et d'intérêts qui en sont généralement exclus, soulève rapidement un certain nombre de questions au sujet de la participation appropriée des groupes d'intérêts au processus démocratique de l'élaboration des politiques. La justification de la participation des groupes d'intérêts au processus décisionnel politique lui-même peut laisser entendre que la participation directe des citoyens est irréalisable; toutefois, il est possible que le discours employé dans le domaine de la politique publique favorisant la santé ne fasse pas toujours la différence entre les deux. La participation directe reste difficile à obtenir et est peut-être inopérante face aux réalités politiques modernes:

(traduction) Les questions sont complexes, fragmentées et persistantes. Ceux qui ont le plus investi seront, au fil du temps, davantage concernés par les politiques pertinentes et y consacreront plus d'énergie. Avec le temps, ce sont les intérêts du "producteur" qui ont tendance à l'emporter. Les hôpitaux qui veulent prendre de l'expansion, ou les fabricants de produits pharmaceutiques qui désirent lancer un nouveau médicament, assisteront aux réunions publiques, graphiques en main et accompagnés de leurs avocats et de leurs experts, même si l'heure de ces réunions ne leur convient pas. Il n'en est pas de même du public. Les membres de la communauté ont leurs occupations quotidiennes... Ceux qui sont concernés de plus près s'intéressent davantage et consacrent plus d'énergie aux débats sur les politiques. Au cours des dix dernières années, de nombreuses réformes de politiques ont été réalisées avec succès; peu d'entre elles, cependant, ont leurs racines dans l'idéal de Rousseau, au sujet de la participation en masse des citoyens (Morone, 1984:246).

Si l'on doit accepter que la participation des groupes d'intérêts remplace celle des citoyens, dans le domaine de la politique publique favorisant la santé, on doit se pencher sur un certain nombre de questions. Pour que le processus soit démocratique, quel groupe devrait pouvoir participer à la prise de décision? Qu'est-ce qu'un véritable intérêt, et qui devrait en juger? Selon Mulgan (1984), le groupe qui doit démocratiquement participer aux décisions au sujet d'une question est celui dont les intérêts sont touchés par cette question; ces intérêts peuvent être communautaires, personnels ou régionaux. Afin de se conformer au pluralisme démocratique, Mulgan inclut certaines différences dans la pondération des intérêts. Cette égalité proportionnelle (traduction) "...exige que les gens soient traités différemment les uns des autres, selon le caractère d'urgence de leurs intérêts" (Mulgan, 1984:121). Cela soulève l'important problème de l'évaluation des différences entre les intérêts en jeu. Sur ce plan, par exemple, les professionnels pourraient soutenir que leurs intérêts prédominent à juste titre sur ceux des autres groupes, à cause de leur carrière. Par contre, de nombreux intérêts ne peuvent être réduits à des considérations financières ni quantifiés. "Quel prix accorder à l'importance que le public attache à sa propre santé ou à un environnement non pollué?" (Mulgan, 1984:123).

En fin de compte, Mulgan laisse entendre qu'il faut en venir à une certaine forme de "pluralisme corporatiste", où le pouvoir est réparti entre les groupes d'intérêts dont la légitimité est déterminée par le public et garantie par l'État.

Van Til (1984) étudie plusieurs scénarios portant sur la participation future du public, et il conclut que le corporatisme pourrait constituer un modèle de participation démocratique.

(traduction) Le corporatisme, après tout, est une théorie qui évalue les intérêts de la société selon la valeur que représentent ces intérêts pour la collectivité. Si une politique compensatoire doit être mise en oeuvre, le corporatisme, seul parmi les grandes théories politiques, permet un ajustement rationnel des poids politiques. L'action positive, la participation des groupes différents, le pouvoir des Noirs sont tous des valeurs auxquelles les structures et les méthodes corporatistes peuvent très bien être adaptées (Van Til, 1984:322).

Morone soutient que le but ultime de la participation des citoyens est d'introduire des voix qui ne sont généralement pas entendues dans les milieux où s'élaborent habituellement les politiques. L'histoire politique semble confirmer que (traduction) "...sur les plans conceptuel, politique ou organisationnel, le principal résultat de la participation des citoyens est de donner du pouvoir aux groupes fondés sur la communauté d'intérêts particuliers..." (Morone, 1984:251).

Les modèles corporatistes devront par conséquent se plier aux demandes en vue d'une vaste participation de la base, y compris celle des segments de la société qui sont les moins bien organisés. Milio (1985a:) soutient, par exemple, que (traduction) "...lors du processus d'élaboration de la politique de promotion de la santé, il faut tempérer le pouvoir des groupes influents en donnant à ceux dont la voix est rarement entendue la possibilité de participer".

Les publications laissent entendre que, pour favoriser la participation des citoyens, il faut établir une base de pouvoir distincte, peut-être à partir d'une circonscription locale bien délimitée ou en ayant recours aux représentants des organismes communautaires concernés (Fontana, 1986). Dans cette perspective, des mesures doivent être prises pour amener les citoyens à prendre davantage confiance en leurs propres capacités et à se sentir plus à l'aise lorsqu'ils doivent prendre des décisions (Riddick et coll., 1984). Les citoyens (traduction) "devraient améliorer leurs capacités personnelles et leurs aptitudes à s'organiser, ainsi qu'à apprendre à mieux connaître les stratégies de pression, afin de former des groupes de citoyens efficaces qui feront officiellement partie du processus d'élaboration des politiques" (Checkoway, O'Rourke et Bull, 1984:307). L'État devrait apporter un appui général aux groupes de citoyens qui se sont formés spontanément, en leur accordant de petites subventions directes fondées sur la preuve de la capacité qu'ont ces groupes d'amener la population à appuyer leurs programmes (Gittell, 1983). Ces recommandations s'apparentent à la notion que Milio (1987b) a appelée "développement des capacités" et qui consiste à donner aux groupes de citoyens la capacité de participer au processus d'élaboration des politiques et à donner au gouvernement la capacité de les accueillir.

Tierney (1987) affirme que la participation des groupes d'intérêts aux États-Unis n'a pas encore paralysé la politique de santé, comme cela s'est produit dans d'autres domaines des politiques nationales et du processus d'élaboration des politiques. Il soutient qu'une société démocratique dans laquelle les exigences des citoyens sont canalisées par des groupes d'intérêts qui luttent avec vigueur risque moins de tomber dans l'agitation, le désordre et l'extrémisme, car cette participation mobilise ceux qui croient déjà fermement à la démocratie procédurale. La probabilité d'une polarisation politique est aussi réduite, car il est toujours possible que des gens qui s'opposent entre eux sur une question collaborent au sujet d'une autre.

Cependant, les lacunes du pluralisme ne doivent pas être oubliées:

> (traduction) Les systèmes représentatifs sont des instruments politiques plutôt que des attributs neutres. Ils structurent le processus politique - certains groupes et certains intérêts sont favorisés alors que d'autres sont défavorisés. L'issue politique est influencée par les parties qui se rencontrent dans l'arène politique ou qui en sont tenues à l'écart (Morone, 1984:248).

On trouve une autre critique du pluralisme dans les analyses sur l'activité des groupes d'intérêts au sein du secteur de la santé. Le concept mis de l'avant par Alford (1975) au sujet de trois grands intérêts structurels, à savoir les monopolistes professionnels, les rationalisateurs des intérêts privés et les défenseurs de l'égalité en matière de santé, a été mis à profit dans les études sur le processus d'élaboration des politiques dans l'État capitaliste (Ham et Hill, 1984), sur la politique de santé en Grande-Bretagne (Ham, 1985) et sur les soins primaires de santé en Suède (Hessler et Twaddle, 1986). Dans cette perspective, les intérêts structurels forment le contexte dans lequel s'insère l'activité d'autres groupes d'intérêts. Des conflits entre les groupes d'intérêts peuvent se produire, mais ils ne modifient jamais le type de rapports de force qui prédomine, lequel constitue la structure fondamentale du système. Ainsi, des conflits peuvent opposer des groupes de médecins, mais le principe de la supériorité des professionnels et du monopole qu'ils exercent reste incontesté (Ham, 1985).

Il existe également une critique plus générale à l'égard de la "tendance corporatiste de notre époque" (Hill, 1983:18). Certains soutiennent que les principales institutions du système politique n'ont plus de sens pour les citoyens. En effet, le système empêche l'expression des préoccupations qui ne se prêtent pas aux calculs stratégiques et cette façon de faire, en plus du déclin des visions globales qui sont sources de motivation, de la progression des mécanismes pluralistes propres au regroupement des intérêts, ainsi que de la rationalisation technocratique (développements qui semblent avoir été accueillis favorablement par Tierney (1987)), favorisent le cynisme, le corporatisme et les préoccupations égoïstes. Certains affirment que le système officiellement démocratique est incapable d'éveiller même un soupçon de volonté politique générale ou de susciter une identité collective.

Les réformes entreprises par l'autorité sont critiquées, car elles sont perçues comme une gestion ponctuelle qui favorise l'ingérence administrative et capitaliste dans la vie sociale, au nom de la protec-

tion et des droits civils (Cohen, 1983). Le contrôle social constitue l'aspect inquiétant de ce genre d'État interventionniste (Hill, 1983). Cependant, la solution de rechange, qui consiste à accroître la participation des citoyens en décentralisant le pouvoir, peut nuire à la solution des problèmes qui sont d'origine nationale ou pour lesquels les ressources financières locales sont inadéquates (Hill, 1983). Smith (1986), par exemple, soutient que si l'État décidait de se retirer de la prestation des services, les groupes locaux ne pourraient pas nécessairement offrir à la population un réseau de soins équitable et progressiste. Stein (1986) ajoute qu'organiser la participation des citoyens autour d'intérêts communs ne garantit pas une véritable participation.

D'autre part, les mouvements sociaux peuvent donner lieu à la création d'identités collectives, à l'apparition de formes d'associations démocratiques et à l'établissement de liens de solidarité (Cohen, 1983). Pour Siler-Wells (1987), il est clair que la base appuie les valeurs fondamentales d'une politique qui favorise la santé, comme en témoigne diverses initiatives, par exemple les mouvements pour la qualité de la vie au travail et pour l'éducation des adultes et l'éducation communautaire. Si la politique publique favorisant la santé (traduction) "est reconnue et répond au désir de changement exprimé par la société, (de manière à) appuyer et (à) accroître ces tendances" (Siler-Wells, 1987:831), les responsables des politiques devront peut-être étudier des moyens de favoriser les mouvements sociaux. Les grands mouvements sociaux, comme les mouvements ouvrier et populaire, la défense des droits et libertés et le féminisme, ont capté l'imagination et l'intérêt d'une bonne partie de la population, car ils permettaient aux gens d'affirmer leur identité et de vivre une expérience de solidarité, tout en leur apportant des avantages matériels (Stein, 1986).

Les caractéristiques de la politique publique favorisant la santé, que nous étudions dans cette section, risquent d'exacerber un processus déjà difficile. On dit que les difficultés associées au processus ordinaire d'élaboration des politiques dépassent nos capacités mentales (Lindblom, 1986). Or, il est possible que la politique publique favorisant la santé comporte encore un autre ordre de conceptualisation. Lorsqu'on examine le milieu où s'inscrit cette politique publique, on se demande si le climat social est disposé à accueillir des interventions dans ce domaine (Milio, 1987b). Tandis que l'expérience antérieure de la participation du public au processus d'élaboration des politiques n'inspire pas confiance, on remarque des signes (traduction) "d'un niveau d'intérêt impressionnant pour le projet (Vers des villes saines)" (Ashton, 1986:22); c'est peut-être là le signe d'un mouvement naissant qui pourrait susciter l'intérêt et l'appui du public, éléments nécessaires à l'établissement d'une politique publique favorisant la santé.

Selon Stein (1986:112), (traduction) "l'élaboration d'une culture et d'une identité organisationnelles devrait se voir accorder la même importance que d'autres considérations plus stratégiques, dans le domaine de l'organisation communautaire". Cela suppose qu'en ce qui concerne la politique publique favorisant la santé, on devrait accorder de l'importance à la vision et aux valeurs. Nous allons maintenant nous pencher sur ces questions.

VISION, VALEURS ET BUTS

La vision en politique publique favorisant la santé

Après avoir analysé la conception globale de la santé mise de l'avant dans le Rapport Lalonde (1974), Lee et Mills (1982) concluent qu'aborder la politique de santé et sa planification suivant cette notion exigerait qu'on réoriente la perspective de façon si radicale, que la plupart des praticiens de la santé, de même que des gouvernements, préféreraient la considérer comme une utopie. Cependant, Dror (1986) soutient que la dimension de la vision, des valeurs et des buts est essentielle si l'on veut aborder correctement le processus d'élaboration des politiques, surtout dans des conditions défavorables. De son côté, Blum (1981) est d'avis qu'aux fins de la planification, l'idéalisme est justifié et que la vision d'un avenir souhaitable sert de moteur à l'action.

On croit généralement que la santé publique a toujours reposé sur une "vision sociale", laquelle est reconnue comme étant fondamentalement nécessaire, si l'on veut obtenir une politique de promotion de la santé qui soit efficace (Epp, 1986:253).

L'avenir qu'on entrevoit dans le domaine de la santé est aussi, dans une grande mesure, l'avenir qu'on entrevoit dans le domaine social. Duhl (1986a:34) fait remarquer que, vu le pourcentage du produit national brut qui est consacré à la santé et le rapport qui doit exister entre les préoccupations relatives aux soins de santé et les préoccupations de la société en général, (traduction) "la planification de la santé est devenue, dans une certaine mesure, la planification de la société".

La raison pour laquelle on insiste sur ce point vient de la planification normative (Jackson, 1981) et du type de planification recommandée pour les conditions instables et complexes ou pour les "milieux turbulents" (Emery et Trist, 1973). C'est ce qu'on appelle également "planification proactive" (Emery, 1985). Ziglio (1986a) soutient que le fait de reconnaître les situations incertaines n'exclut pas l'élaboration d'une vision normative de l'avenir, dans le but d'orienter les politiques liées à la santé. Dans les conditions difficiles, il n'existe pas de point de référence stable qui permette de juger de la pertinence des plans adoptés. La vision d'un avenir

souhaitable, qu'il s'agisse d'une utopie ou de *La santé pour tout l'Ontario* (1987), exprime les valeurs ou les idéaux fondamentaux des gens: (traduction) "En général, il ne s'agit pas seulement de buts ni même de buts prioritaires. Ce sont des idéaux, comme la santé et le bonheur, qu'on peut, au mieux, aborder de manière stochastique" (Williams, 1982:17). On peut apporter des changements aux buts et aux objectifs immédiats, sans perdre de vue certaines valeurs souhaitées, qui sont plus éloignées (Williams, 1982).

La planification proactive décrite par Williams (1982) peut par conséquent constituer un système de consultations intermédiaires permettant d'atteindre les buts visés par la politique publique favorisant la santé. Cette dernière repose explicitement sur une vision commune. Kickbusch (1986) affirme que cette vision commune comporte une action intersectorielle. En planification proactive, les perspectives des différents acteurs contribuent à former une image commune plus représentative de la totalité que toute vision individuelle; ce mode de planification illustre bien l'interdépendance des acteurs. Enfin, la participation, qui est un autre élément fondamental de la nouvelle vision en politique de santé (Kickbusch, 1986), est aussi considérée comme une composante nécessaire et précieuse d'une planification efficace (Addis, 1985; Blum, 1981).

Pour Hancock (1982), la société de l'avenir est une "société qui préserve", tandis que pour Ehrenreich (1982) il s'agit d'une "société qui guérit" et que McKnight (1987) l'envisage comme une "communauté". Ces visions respectives sont cohérentes l'une par rapport à l'autre et sont en grande partie conformes aux principes de la promotion de la santé et de la politique publique favorisant la santé (Subplenary Report on Healthy Public Policy, 1987; *Health Promotion: Concept and Principles*, 1986). Elles tiennent toutes compte des éléments suivants : approche socio-écologique de la santé, équité, vaste participation et renforcement des communautés. (Voir le rapport de l'ACSP intitulé *La santé communautaire passe par le renforcement de la communauté*, 1987).

Bien qu'on ait beaucoup plaidé en leur faveur, les preuves théoriques et empiriques de l'efficacité des énoncés liés à une "vision" ne sont pas claires. Ceux qui croient dans l'importance de ces énoncés font valoir que les acteurs qui ont participé à l'élaboration des "visions" sont plus susceptibles de collaborer à la mise en oeuvre d'un programme que ceux à qui le programme est imposé (Addis, 1985). Il existe un autre argument, plus conforme à la doctrine de la promotion de la santé elle-même et qui se présente de la manière suivante: il est avantageux d'accroître la capacité des gens de prendre leur santé en main et de l'améliorer (*Health Promotion: Concept and Principles*, 1986). Le projet "Healthy Toronto 2000", qui a donné lieu à la publication d'un document de travail (*Healthy Toronto 2000*,1987), a pris naissance dans le cadre d'ateliers sur la vision qu'avaient les gens quant à l'avenir de leur environnement (Hancock, 1987).

Cependant, Dror (1986) rejette les propositions de Williams (1982) en faveur d'énoncés liés à une vision, en les qualifiant d'utopiques. À son avis, bien que cette vision soit essentielle à l'amélioration du processus d'élaboration des politiques, elle est aussi dangereuse. Selon Dror, la vision doit être réaliste; elle ne doit être ni "visionnaire" ni dogmatique. Le fait que Williams prône l'élaboration de visions communes n'écarte pas nécessairement cette critique; de plus, les visions communes ne sont pas toujours adoptées démocratiquement, mais sont souvent imposées par l'autorité.

En outre, le rapport entre l'adoption d'une vision et les étapes de planification qui suivent n'est pas simple. Alors qu'une certaine forme d'"élaboration de vision" semble appropriée comme première étape d'un système d'élaboration de politiques axé sur les consultations intermédiaires, il est possible que pour devenir "communs", les énoncés de vision doivent être si abstraits qu'ils en perdent tout leur sens. Les auteurs du rapport du Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario, intitulé *La santé en Ontario: vers une orientation commune* (1987:i), constatent avec inquiétude "que même les recommandations bien fondées émanant de groupes crédibles depuis une quinzaine d'années ont rarement été mises en pratique".

Si on l'examine à la lumière de la théorie sociologique, la notion selon laquelle une vision commune s'impose, comme condition préalable d'une action coordonnée, est éminemment compatible avec un paradigme théorique structuro-fonctionnaliste. Cette notion met fortement l'accent sur le consensus comme base de comportement social structuré. Cependant, les hypothèses structuro-fonctionnalistes sont contestées par les partisans de la théorie du conflit qui voient dans le conflit, les rapports de force et la négociation, des éléments caractérisant mieux la vie sociale. La notion de vision, comme élément clé de la politique publique favorisant la santé, devrait être examinée avec attention à la lumière des différents paradigmes théoriques offerts par les sciences sociales.

Valeurs

Meijer (1984) voit deux orientations dans les changements récents qui se sont produits en planification. L'une de ces orientations met en jeu une attention accrue aux procédures décisionnelles. Meijer conclut que dans bien des pays, il est peu probable que les systèmes de santé possèdent déjà la structure décisionnelle qu'exige une telle approche de planification, ou qu'ils en soient un jour dotés. Dans le cadre de la seconde orientation, on accorde une attention accrue à l'élaboration de valeurs et d'objectifs dans le domaine des soins de santé. La planification de la politique publique favorisant la

santé entreprise jusqu'ici semble pencher fortement dans cette direction.

Selon Blumstein et Zubkoff (1979), les observations empiriques à elles seules ne suffisent pas pour déterminer les problèmes sur lesquels le gouvernement devrait se pencher. Il faut, pour cerner les faits qui constituent des problèmes ainsi que les problèmes qui devraient faire l'objet de politiques gouvernementales, un cadre conceptuel fondé, le cas échéant, sur des jugements de valeur. De façon plus précise, Duhl (1986a) soutient que les valeurs doivent être comprises et intégrées en tant qu'aspects primaires et endémiques du processus d'élaboration des politiques.

Le débat sur la politique publique favorisant la santé est clair quant à l'engagement de cette politique à l'endroit des valeurs que constituent l'équité, la participation et la responsabilité collective (Epp, 1986; *Healthy Public Policy Subplenary Report*, 1987; *La santé pour tout l'Ontario*, 1987; *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario*, 1987). De plus, l'une des valeurs fondamentales mises de l'avant dans ces publications consiste à maintenir la santé elle-même (Milio, 1985).

Dans les publications portant sur la politique publique favorisant la santé, le débat sur les valeurs peut être considéré comme conceptuellement peu développé, par rapport aux normes de la théorie contemporaine des sciences sociales. Personne n'a encore expliqué clairement, ni examiné de façon empirique, le rapport qui existe entre les valeurs, les normes et l'action, d'une part, et le rôle que le consensus ou le désaccord sur le plan des valeurs peut jouer dans la formulation et la mise en oeuvre de cette politique publique, d'autre part.

Linder et Peters (1984) font une distinction entre les valeurs **fondamentales**, qu'on évite habituellement lorsqu'on élabore des politiques à cause des conflits que les divergences risqueraient de susciter, et les valeurs instrumentales, qui jouent un rôle prépondérant dans ce domaine, car elles servent à reconnaître et à définir les problèmes. De l'avis de ces auteurs, les responsables de la conception des politiques ne doivent s'occuper que de ces dernières valeurs. Par contre, Blum (1981:8) soutient que les divergences inévitables quant à l'importance relative à accorder aux différentes valeurs peuvent se révéler "extrêmement utiles" et que (traduction) "...la participation à la planification devrait nous apprendre à tous à mieux connaître nos propres valeurs, alors que nous luttons pour les harmoniser avec celles des autres".

Les valeurs que constituent l'efficience et l'efficacité sont depuis longtemps des préoccupations dans le domaine de l'analyse des politiques (Nagel, 1984), au même titre que les questions concernant le conflit possible entre l'égalité, l'équité (ou justice) et la liberté. Les membres du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario (*La santé pour tout l'Ontario*, 1987) affirment que c'est la justice (qu'ils désignent comme l'"égalité des chances"), et non l'égalité, qui est en jeu dans le domaine de la politique publique favorisant la santé. Quant à Weale (1983), il conclut que la protection tant de la liberté que de l'égalité est compatible avec une certaine forme d'État providence.

Sur le plan conceptuel, il y a ambiguïté lorsqu'on parle d'équité (ou justice) comme objet de cette politique publique (Milio, 1986b). Dans le discours social, scientifique et politique, il s'opère généralement un certain glissement entre "équité" et "égalité". La vigueur du débat entre les tenants de l'équité et les partisans de l'égalité montre combien il est important que le concept soit clair. D'une part, Bjorkman laisse entendre que:

> (traduction) Cette tendance est peut-être du fait que chez le public, et chez de nombreux intellectuels également, le mot "équité" semble plus convenable, plus juste et moins menaçant que le mot "égalité". Les appels aux politiques équitables sont généralement le fait des modérés, des "personnes raisonnables", qui travaillent au sein du système, tandis que les revendications d'égalité font surgir des images de la Révolution française et de ses conséquences violentes, ou même des visions plus récentes d'une société totalitaire qui nivelle tout sur son passage (Bjorkman, 1985a:18).

D'autre part, les tenants de l'équité, comme les membres du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario, soutiennent que viser l'équité (ou la justice) peut exiger un traitement inégal, comme l'allocation de ressources disproportionnées à des secteurs défavorisés ou dont les besoins sont grands. Ainsi, la justice (équité) peut exiger qu'une quantité disproportionnée de ressources financières ou d'efforts soit consacrée à la santé des autochtones du Canada, afin de compenser la négligence passée à l'endroit de ces gens.

La recherche devrait permettre de déterminer si le critère de l'équité l'emporte sur certaines des mesures proposées par les partisans de la politique publique favorisant la santé, et certainement par les tenants de la promotion de la santé. Kemm (1985), par exemple, relève certaines dimensions éthiques de la politique alimentaire et soulève certaines questions relatives à l'application de politiques un peu partout au pays. Pour qu'une politique soit efficace, il faut qu'elle soit appliquée à l'ensemble de la population; mais comment régler la question de l'équilibre entre les avantages et les inconvénients lorsque la politique nuit à une minorité? (traduction) "La difficulté est accrue du fait que ceux qui en tirent des avantages sont généralement impossibles à repérer et ne savent pas qu'ils ont été avantagés,

tandis que ceux qui ont été désavantagés en sont malheureusement trop conscients et sont reconnaissables" (Kemm, 1985:291). Cette difficulté fait pressentir certains des problèmes de recherche qu'on rencontre lors de l'évaluation des effets sur la santé des initiatives en matière de politique.

Buts

Les buts sont l'objet ultime d'une politique publique. Il existe cependant une certaine confusion quant au sens des mots "buts" et "objectifs" et on ne s'entend pas sur la distinction à faire entre les deux. Nutt (1984) déclare que, dans le secteur privé, les buts viennent après les objectifs, car ils ont des propriétés que l'on peut facilement mesurer, tandis que les objectifs sont de vastes énoncés de mission. Par contre, on observe le contraire dans le secteur public, où un but est un énoncé d'intention qui doit être réalisé à longue échéance, tandis que les objectifs représentent les visées à court terme de projets entrepris en vue d'atteindre les buts fixés.

Quinn (1977) déclare que les grands buts généraux sont la marque des administrateurs de grosses entreprises qui ont du succès en affaires. Ces derniers s'abstiennent d'annoncer l'adoption d'ensembles intégrés de buts précis, pour toutes sortes de raisons, notamment la tendance centralisatrice que constitue le recours à un système descendant pour l'énonciation des buts, l'opposition que peuvent mobiliser les énoncés de buts détaillés et le manque de flexibilité que peut entraîner l'application d'un système descendant dans l'établissement des buts. On dit, par contre, que les buts généraux favorisent la cohésion, car il est plus facile d'en arriver à un consensus lorsque la discussion se tient à un niveau général, et que les buts permettent aux gens de s'identifier avec quelque chose de plus grand qu'eux-mêmes. Cependant, les buts particuliers, lorsque proposés au moment opportun, peuvent susciter des changements et contribuer à signaler une coupure entre le passé et l'avenir.

Les buts en matière de santé ont été définis de différentes façons. Reeves, Bergwall et Woodside (1984) considèrent les buts comme des énoncés de conditions souhaitées, exprimées sous forme d'aspirations quantifiables (mais sans délai précis), réalisables tant techniquement que financièrement, et propres à répondre aux idéaux de la communauté. Les auteurs de *La santé pour tout l'Ontario* (1987) ont appelé "objectifs" de vastes énoncés de changements souhaités, qui ne sont pas nécessairement réalisables, tandis qu'ils ont donné le nom d'"objectifs précis" à des énoncés de changements plus précis, pouvant être mesurés. Dans ce même document, on a employé l'expression "buts spécifiques" pour définir le degré de changement souhaité et le délai à l'intérieur duquel il doit être réalisé. Selon les membres du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario, le processus d'élaboration de la politique publique favorisant la santé part des "valeurs", puis passe par les "objectifs" pour en arriver aux "objectifs précis" et aux "buts spécifiques"; chacune de ces étapes est plus précise que la précédente.

Les buts sont des particularités courantes de l'analyse des politiques; ils servent de critères pour évaluer d'autres possibilités de politiques publiques et sont souvent présentés sous l'angle de l'efficience et de l'efficacité, mais aussi sous celui de l'équité. Comme nous l'avons déjà dit, l'équité est une valeur ou un but souvent mentionné dans le domaine de la politique publique favorisant la santé. Dans le chapitre qu'il consacre à l'équité en tant que but de la politique, Nagel (1984) examine le sens et la mesure de l'équité, son interchangeabilité avec d'autres buts, comme l'efficience et la liberté, et son utilisation comme critère servant à choisir une politique parmi d'autres. L'équité en tant que valeur donne également lieu à l'équité en tant que but. Nagel soutient qu'il vaut la peine de promouvoir l'équité, si ce n'est que pour éviter les réactions antisociales ou antiélite chez ceux qui sont traités inéquitablement. (traduction) "Par définition, l'équité est la condition minimale que l'on se doit d'assurer avant de réaliser ou de maximiser d'autres buts" (Nagel, 1984:105).

Pour leur part, Linder et Peters (1984) sont d'avis que les buts sont les composantes les moins bien comprises du processus d'élaboration des politiques et que les buts chargés de valeur, comme l'équité, compliquent encore davantage ce processus. Blumstein et Zubkoff (1979) recommandent que les gouvernements fassent preuve de prudence lorsque, pour assurer l'équité, ils donnent des buts précis (qu'ils voient comme des objectifs) à leur politique de santé. Il faut que des recherches soient entreprises dans le but de déterminer les conditions dans lesquelles les valeurs, les buts et les objectifs favorisent ou entravent le processus de mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé.

RÉSUMÉ

Dans ce chapitre, nous avons passé en revue les étapes préliminaires du processus d'élaboration des politiques, puis nous avons discuté des caractéristiques de la politique publique favorisant la santé, lesquelles peuvent rendre ces étapes plus complexes encore. Dans la dernière partie du chapitre, nous avons parlé des efforts faits récemment pour intégrer ces caractéristiques au processus.

Trois approches à l'élaboration de la politique publique ont été définies: l'approche rationnelle-déductive, le gradualisme et le système des consultations intermédiaires. Il semble que ce dernier soit celui qui se prête le mieux à l'élaboration de la politi-

que publique favorisant la santé. Dans le cadre de cette approche, il faut se pencher sur la conception de la politique ainsi que sur l'étude des liens qui rattachent la solution au problème, à la lumière d'un vaste cadre explicatif.

Il existe, dans les domaines de la politique sociale, de l'écologie et des études d'orientation, des exemples de cadres conceptuels élargis qui peuvent servir à l'élaboration de cadres pour la politique publique favorisant la santé. Quelle que soit la forme qu'ils prennent, ces cadres doivent tenir compte du milieu dans lequel cette politique publique doit être entreprise. Souvent, le climat social détermine la faisabilité des initiatives en matière de politique publique favorisant la santé. Pour cette raison, on doit, sur le plan conceptuel, en tenir compte dès le début du processus d'élaboration. La nature de la participation du public au processus d'élaboration de cette politique doit aussi être clarifiée. Alors que certaines affirmations sur la participation du public dans les discussions portant sur la politique publique favorisant la santé semblent supposer une certaine forme de corporatisme, ces idées doivent être examinées quant à leur compatibilité avec les valeurs sur lesquelles repose cette politique publique. Alors que divers mouvements sociaux peuvent fournir des leçons au sujet de la mobilisation de l'opinion publique, il n'est pas facile d'exploiter cette énergie populaire.

L'étape de la conception de la politique semble nécessaire surtout lorsque les conditions dans lesquelles celle-ci doit s'insérer sont marquées par l'incertitude, ce qui, par contre, rend sa mise en oeuvre difficile. La politique publique favorisant la santé suppose que les politiques adoptées dans tous les secteurs ont des répercussions sur la santé.

Sur le plan théorique, les partisans de la politique publique favorisant la santé ne s'entendent pas quant au genre de rapports qu'ils désirent favoriser entre les groupes d'intérêts et l'État. On a donc, sur le plan de la recherche, un défi majeur qui consiste à clarifier les hypothèses concernant les divers modèles adoptés par l'État, ainsi que les répercussions de ces hypothèses quant à la participation du public au processus d'élaboration des politiques.

Dans le but d'assurer un avenir qui favorise la santé, on a tenté d'exploiter l'énergie produite par les valeurs communes en amenant les gens à définir leur "vision" de l'avenir et par la planification proactive. Cependant, les valeurs communes peuvent constituer une base plutôt mince pour la politique publique favorisant la santé, surtout face à des intérêts contradictoires. En outre, tandis que le discours qui accompagne cette politique publique énonce explicitement son engagement envers la valeur que constitue l'équité, le remplacement de celle-ci par d'autres valeurs, comme l'efficacité, qui s'opère habituellement, n'a pas été résolu. La notion selon laquelle une vision commune facilite la coordination de la politique publique favorisant la santé n'est ni fondée sur le plan théorique, ni appuyée empiriquement, au stade actuel de la recherche.

L'établissement de buts est un élément du processus d'élaboration des politiques qui a été appliqué, du moins en Ontario. Cependant, le suivi qui devrait transformer ces buts en initiatives n'est pas nécessairement assuré. Le problème de la mise en oeuvre sera étudié dans le prochain chapitre.

RÉFÉRENCES

Addiss, Susan S. Setting goals and priorities: 1984 presidential address. *American Journal of Public Health*, 75(11), 1985:1276-1280.

Alford, Robert. *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*. Chicago: University of Chicago Press, 1975.

Arnstein, Sherry R. A ladder of citizen participation. *AIP Journal*, July 1969:216-224.

Ashton, John. Healthy Cities A World Health Organization Project. Unpublished manuscript. 1986.

Bjorkman, James Warner. Equity and social policy: Conceptual ambiguity in welfare criteria. *Comparative Politics*, 17, 1985a:16-32.

Bjorkman, James Warner. Who governs the health sector? Comparative European and American experiences with representation, participation and decentralization. *Comparative Politics*, July 1985b:399-420.

Block, Fred and Hirschorn, Larry. New productive forces and the contradictions of contemporary capitalism: A post-industrial perspective. *Theory and Society*, 7(Jan/March), 1979:363-395.

Bluni, Henrik L. *Planning for Health: Generics for the Eighties*. New York: Human Sciences Press, 1981.

Blum, Linda M. Politics and policy-making: The comparative worth debate. *Berkeley Journal of Sociology*, XXVIII: .

Blumstein, James F. and Zubkoff, Michael. Public choice in health: Problems, politics and perspective on formulating national health policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 4(3), 1979:382-413.

Brewer, Garry D. Policy sciences, the environment and public health. Paper prepared for a Symposium of Health Public Policy, Yale University, October 5-6, 1987.

Bruton, M.J. Public participation, local planning and conflicts of interest. *Policy and Politics*, 8(4), 1980:423-442.

Calnan, Michael. The politics of health: The case of smoking control. *Journal of Social Policy*, 13(3), 1984:279-296.

Checkoway, Barry, O'Rourke, Thomas W. and Bull, David. Correlates of consumer participation in health planning agencies: Findings and implications from a national survey. *Policy Studies Review*, 3(2), 1984:296-310.

Cohen, Jean L. Rethinking social movements. *Berkeley Journal of Sociology*, XXVIII:97-113.

Cox, Andrew. On the role of the state in urban policy-making: The case of inner-city and dispersal policies in Britain. In Valdo Pons and Ray Francis (eds.), *Urban Social Research: Problems and Prospects*. Sociological Review Monograph 30. London: Routledge and Kegan Paul, 1983:31-65.

Crichton, Anne. *Health Policy-making: Fundamental Issues in the United States, Canada, Great Britain and Australia*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1981.

DeSario, Jack. Demise of health planning in the United States: The politics of incremental health policy formation. *Journal of Public Health Policy*, June 1982:164-177.

Dror, Yehezkel. *Design for Policy Sciences*. New York: American Elsevier Publishing Company Inc., 1971.

Dror, Yehezkel. *Policymaking Under Adversity*. New Brunswick: Transaction Books, 1986.

Draper, Ron. Informal lecture given at Health and Welfare Canada, September 22, 1987.

Dryzek, John S. Don't toss coins in garbage cans: A prologue to policy design. *Journal of Public Policy*, 3(4), 1983:345-368.

Duhl, Leonard J. *Health Planning and Social Change*. New York: Human Sciences Press, Inc., 1986a.

Dumoulin, Jerome. Representations used for health planning: Naivety and crisis in the concepts and methods. *Health Policy*, 5, 1985:199-205.

Edwards, John N. and White, Randall P. Predictors of social participation: Apparent or real? *Journal of Voluntary Action Research*, 9(1-4), 1980:60-73.

Ehrenreich, John. Toward a healing society. In Ellen Frankel Paul and Philip A. Russo, Jr., (eds.), *Public Policy: Issues, Analysis and Ideology*. Chatham, New Jersey: Chatham House Publishers, Inc., 1982:186-197.

Emery, Fred. Public policies for healthy workplaces. *Canadian Journal of Public Health*, 77, Supplement 1, May/June 1985:46-50.

Emery, F.E. and Trist, E.L. *Towards a Social Ecology*. New York: Plenum Publishing, 1973.

Epp, Jake. Stratégies nationales en promotion de la santé. *Revue canadienne de santé publique*, 77, juillet/août 1986:243-247.

Fontana, Leonard. Political ideology and local health planning in the United States. *Human Relations*, 39(6), 1986:541-556.

Gil, David G. A systematic approach to social policy analysis. In Anne Crichton (ed.), *Health Policy-making: Fundamental Issues in the United States, Canada, Great Britain and Australia*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1981:45-55.

Gittell, Marilyn. The consequences of mandating citizen participation. *Policy Studies Review*, 3(1), 1983:90-95.

Gough, Ian. *The Political Economy of the Welfare State*. London: The MacMillan Press, 1979.

Ham, Christopher. *Health Policy in Britain*. London: MacMillan Publishers, 1985.

Ham, Christopher and Hill, Michael. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Sussex: Wheatsheaf Books, 1984.

Hambleton, Robin. Planning systems and policy implementation. *Journal of Public Policy*, 3(4), 1983:397-418.

Hancock, Trevor. Beyond health care: Creating a healthy future. *The Futurist*, XVI(4), 1982:4-13.

Hancock, Trevor. Healthy Toronto 2000: A vision of a healthy city. Unpublished manuscript. 1987b.

Health for All Ontario. Report of the Panel on Health Goals for Ontario, August 1987.

Health Promotion: Concept and Principles, in Action, A Policy Framework. Unpublished discussion document. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986.

Health Promotion Matters in Ontario. Report of the Minister's Advisory Group on Health Promotion, 1987.

Healthy Public Policy Subplenary Report. *Health Promotion*, 1(4), 1987:447-448.

Healthy Toronto 2000. Toronto: Healthy Toronto 2000 Subcommittee, Board of Health, August 1987.

Hessler, Richard M. and Twaddle Andrew C. Power and change: Primary health care at the crossroads in Sweden. *Human Organizations*, 45(2), 1986:134-147.

Hill, Richard C. Market, state and community: National urban policy design. *Urban Affairs Quarterly*, 19(1), 1985:5-20.

Hunter, David J. *Coping with Uncertainty: Policy and Politics in the National Health Service*. Chichester: Research Studies Press, 1980.

Jackson, Suzanne Fraser. Planning for health in a changing society. A study of the relationship between a changing social paradigm, turbulence, non-conventional health care practices and planning. Unpublished doctoral dissertation. University of Waterloo, 1981.

Kemm, J.R. The ethics of food policy. *Community Medicine*, 7, 1985:289-294.

Khakee, Abdul and Dahlgren, Lars. Values in futures studies and long-term planning: Two Swedish case studies. *Futures*, 18(1), 1986:52-67.

Kickbusch, Ilona. Health promotion: A global perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 77, Sept/Oct 1986:321-326.

Kimberely, John R. The future of health policy: Constraints, controls and choices. In Jean de Kervasdoue, John R. Kimberly, and Victor G. Rodwin (eds.), *The End of an Illusion: The Future of Health Policy in Western Industrialized Nations*. Berkeley: University of California Press, 1984.

Lalonde, Marc. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1974.

Lee, Kenneth and Mills, Anne. *Policy-making and Planning in the Health Sector*. London: Croom Helm, 1982.

Lindblom, C.E. How to think about the policy-making process. Unpublished work. Not to be cited without permission.

Linder, Stephen H. and Peters, B. Guy. From social theory to policy design. *Journal of Public Policy*, 4(3), 1984:237-259.

McKnight, John. Regenerating community. *Social Policy*, Winter 1987:54-58.

Meijer, A.W.M. Some aspects of alternative approaches to planning. In Charles O. Panneborg, Albert van der Werff, Gary B. Hirsch and Keith Barnard (eds.), *Reorienting Health Services: Application of a Systems Approach*. New York: Plenum Press, 1984:69-89.

Milio, Nancy. Commentary: Creating a healthful future. *Community Health Studies*, IX(3), 1985a.

Milio, Nancy. Healthy nations: Creating a new ecology of public policy for health. *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement 1, May/June 1985b:79-87.

Milio, Nancy. Building healthy public policies: Focus for a new public health. Paper prepared for presentation at *An International Conference on Health Promotion: The Move Towards a New Public Health*, November 17-21, 1986b, Ottawa, Canada.

Milio, Nancy. Personal Interview, October 28, 1987b.

Morone, James A. The citizen role in health politics: Democratic wishes and sensible reforms. In Theodor J. Litman and Leonard S. Robins (eds.), *Health Politics and Policy*. New York: John Wiley and Sons, 1984:243-257.

Mustard, J. Fraser. "Achieving Health for All": Implications for Canadian health and social policies. *Canadian Medical Association Journal*, 136(March 1), 1987:471-473.

Nagel, Stuart S. *Public Policy: Goals, Means and Methods*. New York: St. Martin's Press, 1984.

Navarro, Vincente. The crisis of the international capitalist order and its implications for the welfare state. *International Journal of Health Services*, 12(2), 1982:169-190.

Navarro, Vincente. Federal health policies in the United States: An alternative explanation. *The Milbank Quarterly*, 65(1), 1987:81-111.

Nutt, Paul C. *Planning Methods for Health and Related Organizations*. New York: John Wiley and Sons, 1984.

O'Connor, James. *The Fiscal Crisis of the State*. London: St. James Press, 1986.

Parker, Robert Nash. Measuring social participation. *American Sociological Review*, 48(6), 1983:864-873.

Pinder, Lavada. Healthy public policy in Canada. Presentation at *Other Voices*, The Canadian Institute of Planners National Conference, July 5-8, 1987.

Pross, Paul. *Pressure Group Behaviour in Canadian Politics*.

Quinn, James Brian. Strategic goals: Process and politics. *Sloan Management Review*, Fall 1977:21-37.

Reeves, Philip N., Bergwall, David F. and Woodside, Nina B. *Introduction to Health Planning*. Arlington, Virginia: Information Resource Press, 1984.

Riddick, Carol C., Cordes, Sam, Eisele, Tura and Montgomery, Allison. The health planning process: Are consumers really in control? *Health Policy*, 4, 1984:117-127.

Rodwin, Victor G. Perspectives on the state: Implications for health policy. In Jean de Kervasdoue, John R. Kimberly and Victor G. Rodwin (eds.), *The End of an Illusion: The Future of Health Policy in Western Industrialized Nations*. Berkeley: University of California Press, 1984:35-55.

Rosenthal, Marilynn M. Beyond equity: Swedish health policy and the private sector. *The Milbank Quarterly*, 64(4), 1986:592-621.

Schon, Donald A. *Beyond the Stable State*. New York: W.W. Norton and Company, 1971.

Siler-Wells, Gail. An implementation model for health system reform. *Social Science and Medicine*, 24(10), 1987:821-832.

Smith, Christopher J. Equity in the distribution of health and welfare services: Can we rely on the state to reverse the 'inverse care law'? *Social Science and Medicine*, 23(10), 1986:1067-1078.

Stein, Arlene. Between organizations and movement: ACORN and the Alinsky model of community organizing. *Berkeley Journal of Sociology*, XXXI, 1986:93-115.

Stewart, Gail Ward. The leading question: A paper related to a project on economics and environment. Draft paper, property of author, 141 Cameron Street, Ottawa, Ontario, K1S 0X2, 1984a.

Stewart, Gail Ward. Gaining perspective on environmental issues: A fresh look at familiar problems. *Focus*, 10(1), 1984b:14-16.

Strengthening Community Health Means Strengthening Communities. Draft report, Canadian Public Health Association, Ottawa, Ontario, 1987.

Tierney, John T. Organized interests in health politics and policy-making. *Medical Care Review*, 44(1), 1987:89-118.

Toward a Shared Direction for Health in Ontario. Report of the Ontario Health Review Panel, 1987.

Van Til, Jan. Citizen participation in the future. *Policy Studies Review*, 3(2), 1984:312-322.

Vienna Dialogue on "Health Policy and Health Promotion Towards a New Conception of Public Health". Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Unpublished document ICP/HSR 623, 1987.

Vuori, Hannu. Overview Community participation in primary health care: A means or an end? *Public Health Review*, 12, 1984:331-339.

Weale, Albert. Issues of value and principle in social policy. In Martin Loney, David Boswell and John Clarke (eds.), *Social Policy and Social Welfare*. Milton Keynes: Open University Press, 1983:104-116.

Wildavsky, Aaron. *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Boston: Little, Brown and Company, 1979.

Williams, Trevor A. *Learning to Manage our Futures The Participative Redesign of Societies in Turbulent Transition*. New York: John Wiley and Sons, 1982.

Ziglio, Erio. Uncertainties and dilemmas in future health policy scenarios: Some cautionary issues. *Futures Research Quarterly*, 2(4), 1986a:5-16.

Ziglio, Erio. Policy-making and planning in conditions of uncertainty: Theoretical considerations for health promotion policy. Draft working paper No. 7, Research Unit in Health and Behavioural Change, Edinburgh, Scotland, 1987a.

Chapitre Quatre

Processus de mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé

PLANIFICATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

La mise en place d'une politique publique favorisant la santé a été reconnue comme une stratégie de premier plan en vue de la réforme du système de santé (Epp, 1986; *La santé pour tout l'Ontario*, 1987). Le chapitre précédent décrivait, dans leurs grandes lignes, quelques-uns des aspects qu'on doit prendre en considération dans l'élaboration de la politique publique favorisant la santé. Il reste du travail à faire dans tous les champs d'action que supposent les aspects discutés ici. Toutefois, la question de l'heure n'a plus trait à ce qu'il convient de faire, mais bien à la façon dont il sied d'agir.

En accord avec Siler-Wells (1987), ce chapitre replace la planification de la politique favorable à la santé dans le contexte d'un environnement carac-térisé par le changement. À partir d'une discussion sur la notion de changement, sont introduits les concepts de planification normative et stratégique, après quoi est abordée la question de la planification en vue de la mise en oeuvre proprement dite. Cet examen de la littérature sur le sujet fait ressortir les conditions qui peuvent favoriser le processus de la mise en oeuvre et suggère des pistes de recherche. Enfin, la dernière section traite brièvement de la conception d'un programme et des instruments de politique.

Souvent, les notions de planification et d'élaboration de la politique semblent être employées indifféremment, comme dans l'expression "élaboration ou planification stratégique d'une politique" (Solesbury, 1981:419). Pourtant, comme le souligne Nutt (1984), on ne sait pas au juste si la planification fait naître la politique ou si elle sert seulement à l'évaluer, en quel cas la planification serait un processus évaluatif et l'élaboration d'une politique, un processus tout à fait distinct de celui de la planification. Reeves, Bergwall et Woodside (1984) affirment pour leur part que les politiques contribuent à l'efficacité de la planification. On ne sait pas toujours très bien, néanmoins, lequel des deux processus, de la planification ou de l'élaboration d'une politique, facilite l'autre.

Dans la plupart des pays, la reconnaissance de questions pressantes dans le domaine de la santé a débouché sur la mise en place d'un mécanisme de planification (Blum, 1981). Souvent, des organes permanents de planification sont créés pour prêter main-forte à ceux qui ont pour tâche de concevoir les politiques, en les aidant à cerner les questions et à formuler des propositions de politiques. Blum (1981:242) enjoint fortement (traduction) "tous les organes de planification du secteur de la santé à formuler de nouvelles propositions de politiques et à faire en sorte qu'elles soient acceptées et pleinement mises en oeuvre". En ce sens, la conception de la politique publique peut être vue comme la transformation de propositions émanant d'un processus de planification en (traduction) "un énoncé constant, permanent et officiel, se présentant habituellement sous la forme d'un texte de loi" (Blum, 1981:225). Nutt (1984:7), pour sa part, considère qu'une telle planification est souhaitable parce qu'ainsi (traduction) "...des options bien posées...peuvent aiguiser le débat et mettre à jour les intérêts en jeu, stimuler les commentaires et réduire la marge d'incontance. Il s'agit nettement là d'un rôle que la planification a à jouer à l'égard de l'élaboration de la politique". Paraphrasant Sir Geoffrey Vickers, Reeves, Bergwall et Woodside (1984) affirment que les politiques sont des énoncés opérationnels des valeurs de la société. La planification peut donc être vue comme un moyen grâce auquel on rend les politiques opérationnelles en tâchant de les mettre à exécution ou en leur trouvant, au départ, une formulation.

D'autres auteurs, cependant, voient le recours à une planification en bonne et due forme comme une décision peu avisée, voire mauvaise (Lindbolm, 1965, dans Nutt, 1984). Selon ces auteurs, la politique publique devrait être le produit des débats politiques que suppose le processus démocratique; cette idée reprend le point de vue avancé par Linder et Peters (1984), quand ils soulignent l'importance de la

détermination d'objectifs clairs par l'entremise du processus politique.

Meijer (1984) décrit une variété d'approches à l'égard de la planification à l'aide d'une typologie semblable à celle, décrite plus tôt, qu'utilise Ziglio (1987a) à l'égard de l'élaboration de la politique. Meijer mentionne trois types de planification: la rationalité synaptique, le gradualisme décentralisé et le système des consultations intermédiaires. De plus, il indique cinq niveaux de planification: 1) le niveau normatif, où la question posée est "Pourquoi?" et où la discussion est axée sur les idéaux et les valeurs; 2) le niveau institutionnel, où la question posée est "Qui?" et où la discussion est axée sur les compétences; 3) le niveau stratégique, où la question posée est "Comment?" et où l'on se penche sur les objectifs; 4) le niveau structurel, où la question posée est "Où?" et qui aborde les moyens et les structures et 5) le niveau opérationnel, où la question posée est "Quoi?" et qui traite des tâches. Meijer applique à la planification la critique formulée par Ziglio à l'endroit des "approches rationnelles" à l'élaboration de la politique et, comme Ziglio, il signale des problèmes de complexité et d'incertitude. La planification s'intéresse à la réduction de l'incertitude et à la création d'un changement social délibéré en vue d'un avenir souhaité (Blum, 1981). Voilà pourquoi plus de pressions sont exercées pour qu'il y ait planification là où le climat est instable que là où il est stable (Blum, 1981; Ziglio, 1986a).

Planification en vue d'un changement de la politique en matière de santé

À cause de l'accent mis sur les étapes de la planification normative et sur la vision d'un avenir souhaité, il est possible que la mise en oeuvre de la politique publique favorable à la santé soit en train de devenir un (traduction) "casse-tête insoluble - en ce sens que l'on dispose d'un ensemble de plans et d'objectifs, sans pour autant avoir obtenu beaucoup de résultats" (Siler-Wells, 1987:823). Selon Siler-Wells (1987), trois obstacles expliquent cette situation : la peur universelle du changement; des lacunes dans les technologies du changement social; et l'absence de planification au niveau de la mise en oeuvre. Cette auteure décrit un processus en deux temps de planification stratégique de la mise en oeuvre permettant de résoudre le "casse-tête". Il s'agit, dans un premier temps, de déterminer le type et l'ampleur des changements qu'on cherche à obtenir par la politique; et, dans un second temps, de mettre au point des stratégies qui facilitent les changements souhaités. Dans la mesure où la planification a pour objet de créer le changement social souhaité (Blum, 1981), le modèle de Siler-Wells est valable, parce qu'il met l'accent sur le "changement".

Blum (1981) signale l'existence de deux écoles de pensée quant à l'origine du changement social: l'une qui affirme que le changement commence avec les individus, et l'autre que le changement est causé par les forces en présence dans l'environnement. Si l'on en croit Duhl (1986a), changement social et changement personnel sont reliés de façon inextricable. Selon ce même auteur, le planificateur dans le secteur de la santé a notamment pour rôle d'agir en qualité (traduction) "de facilitateur ou d'éducateur, et de favoriser le processus holistique d'apprentissage dans la société, tout en aidant les gens à faire face aux questions qui se posent dans le domaine de la santé" (Duhl, 1986a:66). D'autres auteurs étendent la notion d'apprentissage social au changement social (Morgan et Ramirez, 1983:23), en affirmant que l'apprentissage de l'action est un moyen approprié (traduction) "de jeter les bases de l'auto-transformation personnelle et collective".

Le changement ou la transformation de l'ensemble du système, que peut supposer la politique publique favorisant la santé, est un thème majeur de la théorie moderne de l'organisation. Gemmill et Smith (1985), par exemple, considèrent que Lewin (1951) a contribué de façon originale à la théorie du changement social, mais ils vont au-delà de la théorie avancée par cet auteur au sujet d'un modèle de structure dissipatrice qui incorpore désordre, incertitude et complexité. En effet, Gemmill et Smith affirment que la transformation d'un système comprend quatre éléments: déséquilibre - mauvais alignement du système par rapport à son environnement; rupture de la symétrie - rupture des rapports fonctionnels existants; expérimentation - production de nouvelles formes autour desquelles le système peut se réorganiser; et reformulation - sélection d'une nouvelle forme en vue de la réorganisation. En conclusion, ces auteurs émettent plusieurs hypothèses concernant la probabilité qu'un système se transformera lui-même ou qu'il s'effondrera.

Dans le modèle de planification fondé sur l'apprentissage normatif, dont les caractéristiques ont été brièvement énoncées au chapitre précédent, les notions d'apprentissage social adaptatif et de transformation dans des environnements agités se conjuguent. Les mécanismes de réexamen des normes et des valeurs de base font partie intégrante du modèle, tout comme la vision normative et le cadre d'orientation. Le processus fondé sur ce modèle est censé être souple et faciliter la participation, et se prêter à des ajustements rapides en fonction du rythme des changements qui ont cours (Jackson, 1981).

En s'inspirant de Jackson (1981), Ziglio (1987a:45) propose six principes susceptibles de s'appliquer à la planification et à l'élaboration de la politique dans le domaine de la promotion de la santé dans des conditions de changement :

1. augmenter le nombre des mécanismes de diversification de la politique;

2. faire de la coopération et de la collaboration, et non de la compétition, le pivot social primordial de médiation;
3. adopter une optique prospective afin d'orienter le changement de façon utile;
4. cesser d'avoir pour préoccupation d'exercer, un contrôle qui permette de régenter tout le processus et ainsi d'obtenir des résultats prévisibles, et rechercher plutôt des moyens d'influencer le cours du changement tout en laissant une place aux processus sociaux imprévisibles;
5. favoriser les processus d'apprentissage interactif;
6. laisser aux personnes, aux petits groupes locaux ou aux collectivités plus de responsabilité dans la prise de décisions.

Quelles soient ou non le résultat de décisions conscientes menant à l'adoption de réactions actives et adaptatives vis-à-vis de la turbulence du système de santé, certaines de ces propositions apparaissent déjà dans le discours de la politique publique favorisant la santé.

En revanche, les textes traitant de la notion de changement dont il est fait mention ici semblent naïfs. Bien que les auteurs de ces textes reconnaissent, comme cela tombe sous le sens, que le changement social est tributaire à la fois de l'action des personnes et de celles des forces présentes dans l'environnement, les rapports de forces et le contexte politico-économique du changement ne semblent pris en considération que de façon superficielle.

Wallerstein (1984), pour sa part, replace, le changement dans le contexte des cycles de l'économie capitaliste. Il parle de tensions sociales qui peuvent s'aggraver au point où les travailleurs deviennent plus militants et où la population des strates intermédiaires perd la modération qui la caractérise habituellement. Il écrit : (traduction) "À court terme, jamais les réformes ne sont un don des privilégiés aux plus démunis; elles sont plutôt la réponse affolée des groupes, qui battent en retraite avant que la colère des démunis ne fasse germer un mouvement organisé" (Wallerstein, 1984:583).

Waitzkin, pour mieux cerner les notions de politique favorisant la santé et de changement social, procède à une étude historique comparative du Chili et de Cuba. Ces deux pays ont essayé de procéder à une réforme de leur système de santé; selon Waitzkin, la réforme a été une réussite à Cuba, mais non au Chili.

> (traduction) L'histoire comparative du Chili et de Cuba...met en lumière la vulnérabilité des réformes graduelles. Les groupes dominants dans la société (et plus particulièrement dans le cas qui nous occupe, la profession médicale), ne cèdent pas le pouvoir sans regimber, en raison de quoi la réforme conserve un caractère ténu. À la lumière de ce fait, il appert que la transformation sociale est une condition préalable à l'exercice, par la population, d'un contrôle sur les services de santé et à la mise en place de réformes durables...Plus que jamais auparavant, il apparaît clairement que la bataille livrée en vue d'obtenir la mise en place d'un système de santé humain ne sera pas gagnée sans que soit parallèlement livrée une autre bataille en vue d'obtenir un changement fondamental de l'ordre social (Waitzkin, 1983:246).

Wallerstein (1984) affirme qu'un changement, même s'il est apparemment vain ou qu'il se présente comme un palliatif à court terme, peut néanmoins entraîner un changement important à long terme. À court terme, le fait de ne pas tenir compte des réformes et des innovations peut condamner à l'incohérence sociale. Ce qui importe ici, toutefois, c'est de mettre à l'avant-scène les questions de rapports de force et de contexte politico-économique qu'on n'avait pas, jusque-là, suffisamment pris en considération dans l'examen du changement social.

Cet état de choses tient peut-être au fait qu'une bonne planification, comportant un examen de l'environnement et une évaluation des solutions de rechange, entraînerait par exemple une prise en considération des rapports de force. La critique des approches qu'on peut adopter à l'égard d'un système en vue de comprendre le changement social reconnaît l'importance de la planification, mais donne à entendre que la planification inclut dans son arsenal des éléments de ce que Segal (1983) appelle la théorie socialiste de la santé. Cette théorie souligne l'importance des facteurs sociaux dans l'étiologie des maladies, et plus spécialement les causes attribuables à la structure de classes de la société; elle met en relief les facteurs sociaux qui influent sur la capacité qu'ont les gens d'entreprendre des activités reliées à la santé; elle met également l'accent sur le contrôle économique, politique et professionnel des services de soins de santé. La théorie socialiste ou matérialiste n'est pas la seule à reconnaître ces dimensions; ces dernières occupent aussi une place dans la vision écologique de la santé, où elles jouent un rôle dans la planification de la politique publique favorisant la santé.

Planification stratégique

Une fois reconnues les dimensions du changement qui influent sur la réforme inhérente à la politique publique favorisant la santé, on peut se pencher sur les stratégies à mettre en oeuvre pour faciliter la réforme. Solesbury (1981) fait remonter le concept de stratégie à ses origines militaires, au 19e siècle, quand ce concept s'appliquait aux moyens d'amener les forces armées en contact avec celles du camp ennemi. La stratégie se distingue de la tactique, qui, elle, s'entend des moyens de terrasser l'ennemi sur le

champ de bataille, et l'un et l'autre concepts se distinguent de la logistique, qui, elle, désigne l'action et les approvisionnements requis aux fins de la stratégie ou de la tactique. Solesbury décrit le système des consultations intermédiaires, modèle du processus décisionnel cité plus tôt, comme une approche qui incorpore des concepts de stratégie : comme il est impossible de prévoir toutes les stratégies possibles, on procède à une exploration exhaustive des buts et des solutions de rechange, après quoi on prend des décisions fondamentales déterminant les orientations de base. À l'intérieur de ces paramètres, on a recours à l'approche graduelle dans la prise de décision jusqu'à ce qu'on entrevoie un danger ou que des changements dans les conditions donnent à entendre qu'un réexamen de la stratégie s'impose.

Solesbury fait remarquer que divers concepts de stratégie ont émergé avec les ans, mais que la plupart incluent les notions suivantes: série d'actions délibérées en vue de fixer l'orientation de toute une organisation; mise en relief de l'interaction de l'organisation et de son environnement; reconnaissance des facteurs d'incertitude, internes et externes; prise en considération des conséquences à long terme des décisions prises au jour le jour; examen d'un large éventail d'objectifs et de mesures de rechange; et établissement des priorités aux fins de la prise de décision.

Utilisée dans le secteur privé depuis la fin des années 1960 (Porter, 1987), la planification stratégique s'appuie maintenant sur une base théorique sophistiquée, qui puise aux concepts élaborés en sociologie et aux travaux récents sur le changement social afin d'améliorer l'efficacité de la planification et de développer les compétences pratiques requises (Mason, 1968; Morgan, 1988). Selon Lamb (1987), toutefois, l'expérience du secteur privé ne s'applique pas directement au secteur public, parce qu'il s'agit d'organisations et d'environnements différents, parce que les organismes du secteur public sont à but non lucratif, et parce que les "marchés cibles" ne sont pas les mêmes. Ainsi, les organismes du secteur public sont peut-être moins autonomes et moins souples que les établissements privés, mais ils font face à une concurrence moindre. Tributaires de la vie politique, les organismes publics entretiennent, par contre, (traduction) "des rapports beaucoup plus globaux avec le grand public que les établissements privés" (Lamb, 1987:60). En conclusion, Lamb avance qu'il est possible que les problèmes des organismes publics requièrent des solutions qui leur soient propres.

Le secteur public n'accuse aucun manque d'intérêt pour la mise au point de stratégies en vue de favoriser la santé. Angus et Manga (1986) affirment que le moment est propice à l'élaboration de stratégies nationales fondées sur le document Lalonde *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (1974). Ces auteurs incluent dans leur article un modèle de planification rationnelle pouvant permettre de structurer l'ensemble du processus de planification, et proposent des recherches susceptibles de faciliter ce processus. L'Association canadienne de santé publique (*Propositions visant la fixation d'objectifs et de stratégies nationaux de santé*, 1985) a proposé qu'on entreprenne un processus en vue de fixer des objectifs et d'arrêter des stratégies qui permettent de trouver des solutions aux grandes questions qui se posent au Canada sur le plan de la santé. Le ministre fédéral de la Santé (Epp, 1986) a, pour sa part, proposé six stratégies de promotion de la santé, et les trois grands rapports en matière de santé qui ont été présentés en Ontario proposent tous des stratégies de santé et de promotion de la santé, avec, dans chaque cas, des recommandations précises concernant les mesures à prendre (*La santé pour tout l'Ontario*, 1987; *La santé en Ontario: vers une orientation commune* 1987; *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario*, 1987). La politique publique favorisant la santé, désignée dans ces trois documents à l'aide d'expressions telles que "politique gouvernementale intégrée", "politique publique en vue de la santé" ou "politiques intersectorielles de promotion de la santé", est considérée comme une stratégie fondamentale de promotion de la santé et comme faisant partie intégrante de la réforme du système de santé. Au Canada, la politique publique favorisant la santé n'est peut-être pas tant à l'orée de l'étape difficile de la mise en oeuvre comme au beau milieu de cette dernière.

PLANIFICATION EN VUE DE LA MISE EN OEUVRE

Selon Siler-Wells (1987), le fait qu'on n'ait procédé à aucune planification en vue de la mise en oeuvre entrave gravement la réforme du système de santé. Cette lacune n'est peut-être pas due à un manque d'efforts: au cours des années 70 (Hambleton, 1983) les systèmes de planification de la politique ont proliféré; les initiatives de planifications stratégiques qui ont été proposées par différents groupes de Canadiens sont décrites dans la section précédente.

De façon générale, toutefois, il est reconnu que la rationalité synoptique a été un échec partout où elle a été essayée comme mode de planification (Wildavsky, 1979). Solesbury (1981) présente trois études de cas montrant autant d'essais de planification stratégique, dont l'un au sein du service national de santé de Grande-Bretagne, et conclut qu'en pratique la planification stratégique s'est révélée décevante. Les structures, les procédures et les mesures de dotation aux fins du processus de planification ne se sont pas toujours accompagnées de politiques stratégiques en bonne et due forme; et même là où de telles politiques étaient en place, et favorisées par un engagement officiel de la part des autorités publi-

ques, ces politiques restaient souvent lettre morte dans le processus quotidien de prise de décision.

Les initiatives stratégiques mentionnées dans les sections précédentes pourraient faire l'objet d'un réexamen visant à en déterminer le mérite relatif quant à leur capacité d'incorporer les dimensions de la politique publique favorisant la santé dont traite la présente analyse. Il est possible qu'elles constituent des bases solides en vue de l'action.

On a commencé à se rendre compte que les processus de mise en oeuvre devraient être plus sérieusement pris en considération dans la planification de la politique publique (Hambleton, 1983). De façon typique, la planification en vue de la mise en oeuvre n'est pas, comme telle, allée au-delà de la préparation d'un budget et d'un échéancier d'application de la loi (Siler-Wells, 1987). La mise en oeuvre est l'étape au cours de laquelle la politique est transformée en mesures concrètes (Lee et Mills, 1982), et par laquelle une congruence peut être obtenue entre les plans et les résultats (Wittrock et DeLeon, 1986).

Wittrock et DeLeon (1986:45) voient en outre la mise en oeuvre comme l'élément du processus d'élaboration de la politique qui semble se prêter le mieux à une planification en bonne et due forme; malheureusement, il s'agit là, semble-t-il, de vues exagérément optimistes. En fait, une partie de la littérature touchant la mise en oeuvre, que Linder et Peters (1987) décrivent à l'aide de l'expression "horreurs de l'approche de la guerre", tend à déplorer l'impossibilité d'une administration parfaite. Dans ces textes, le concept de mise en oeuvre est considéré comme difficile, et ses caractéristiques décrites ainsi:

> (traduction) ...complexité, démarcation confuse entre la politique et l'administration, conflits constants entre ceux qui élaborent les politiques et ceux qui les mettent en oeuvre, redéfinition des objectifs à l'intérieur de chaque groupe et évolution de la politique (Lane, 1986:474).

Selon Linder et Peters, cette littérature semble laisser supposer que les problèmes liés à l'élaboration de la politique seraient résolus si seulement on pouvait forcer les bureaucrates et les organismes de mise en oeuvre à assumer les responsabilités qui leur sont dévolues. Mayntz (1979:633) cite des cas de politiques qui ont été des échecs "spectaculaires", et parle notamment de la politique de "lutte contre la pauvreté", aux États-Unis, qui a attiré l'attention sur le rôle des organismes administratifs dans le succès ou l'échec d'une politique. Spitzer (1987) décrit la politique elle-même comme une coercition inspirée par l'État, et Solesbury (1981) propose plusieurs mesures pouvant assurer plus de congruence entre les plans et la mise en oeuvre, mesures qui, toutes, supposent que les responsables de la mise en oeuvre sont tenus en respect par un contrôle de l'information ou d'autres ressources.

Linder et Peters (1987), par contre, affirment que l'échec d'une politique n'est pas seulement le résultat de lacunes au niveau de la mise en oeuvre. Dans l'article déjà cité, Mayntz (1979) voit d'un bon oeil le rôle discrétionnaire que jouent les bureaucraties publiques dans la mise en oeuvre d'une politique. Les bureaucraties ne sont pas nécessairement des entités immuables, mais au contraire, des entités qui peuvent évoluer, par exemple si elles y sont contraintes, aux fins de l'élaboration de politiques intersectorielles (Roberts et Colvin, 1987). Les considérations politiques qui sous-tendent l'élaboration d'une politique peuvent donner lieu à des conflits entre bureaucraties à l'intérieur d'un gouvernement central. Néanmoins, cette tendance au sectionnement peut être dépassée si le parti au pouvoir est fermement décidé à maintenir une ligne de conduite donnée (Baggot, 1986). Enfin, Thompson (1984) est d'avis que le "problème bureaucratique", en dépit de son importance, ne devrait pas masquer les contingences externes qui modèlent la mise en oeuvre.

Une autre cause d'échec de la politique tient à des lacunes au niveau de la conception, entraînant la création d'un programme ayant peu de chances de réussir. Ces lacunes peuvent être dues à des visées trop ambitieuses, telles celles que poursuivait la législation américaine antipauvreté, où résulter d'une mauvaise compréhension de la nature du problème. Robertson (1984) décrit un type d'échec dû à une contradiction au niveau de la conception, en donnant l'exemple de deux programmes de formation de la main-d'oeuvre créés aux États-Unis. Ces programmes avaient apparemment pour objet, telle était leur justification, de répondre aux besoins de larges segments de la main-d'oeuvre américaine, et plus spécialement des couches les plus défavorisées, mais ont été, en fait, conçus en fonction de prémisses voulant que les intérêts des employeurs soient servis. La "position privilégiée des employeurs" faisait partie intégrante du modèle conceptuel, telle une composante allant de soi, et les personnes choisies pour mettre en oeuvre le programme étaient des gens qui se sentaient à l'aise avec l'approche favorable au patronat retenue pour les programmes.

Robertson conclut que ces programmes, tels que conçus, ont été un succès, puisqu'ils ont apporté des solutions aux problèmes de main-d'oeuvre des employeurs.

McKnight (1977) soutient, uant à lui, que les services "professionnalisés" ont été conçus de façon à favoriser les intérêts des professionnels eux-mêmes, et non ceux des clients. L'intransigeance apparente des clients qui refusent de recourir à ces services de façon appropriée a pris de telles proportions

(traduction) qu'on en vient maintenant à concevoir de nouveaux systèmes qui permettent d'offrir à ces personnes des services dotés d'une administration professionnelle...on parle alors, habituellement, de "systèmes globaux, pluridisciplinaires, coordonnés et interorganisationnels,"...Il s'agit, en d'autres termes, d'une forme d'institutionnalisation sans murs ou de la conception d'un environnement créant un consommateur totalement dépendant des services (McKnight, 1987:55).

Fox (1986) est d'avis que les crises qui secouent le système de santé américain sont en fait l'aboutissement fortuit du consensus général entourant les objectifs du système, qui existe depuis plusieurs générations.

Ces consultations de McKnight et Fox renvoient au troisième type d'échec signalé par Linder et Peters (1987); il s'agit de cas où la politique comme telle est mise en oeuvre avec succès, mais où l'impact social global est négatif. On propose des programmes qui ont pour objet, officiellement, le versement de sommes d'argent à certaines catégories de personnes, mais on fixe des conditions qui ont pour effet d'éroder la structure familiale.

Barrett et Hill (1984) signalent une autre cause apparente d'échecs, à savoir l'élaboration symbolique de politiques. Les politiciens peuvent donner l'impression de favoriser certains idéaux ou buts, mais, dans les faits, ne rien faire pour que ces derniers se concrétisent. Tout système à l'intérieur duquel l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques sont deux aspects nettement séparés, à cause d'une division soit entre les instances législatives et exécutives, soit entre des paliers de gouvernement, ouvrent amplement la voie à la promulgation de politiques symboliques, tout en omettant de fournir les ressources requises pour la mise en oeuvre.

Démarches "descendante" et "ascendante"

Dans l'établissement d'une politique, la mise en oeuvre est traditionnellement considérée comme une étape administrative avant tout, et distincte de celle de la formulation. Élaborer une politique, c'est prendre des décisions concernant ce qu'on veut faire, et la mettre en oeuvre, c'est réaliser concrètement les buts qu'on s'est fixés. Cette distinction est retenue ici, à des fins d'analyse. En pratique, néanmoins, il peut se révéler difficile de déterminer où l'étape de l'élaboration prend fin et où celle de la mise en oeuvre commence (Hambleton, 1983). Selon certains auteurs, l'élaboration d'une politique est un processus qui se poursuit au cours de ce qu'il est convenu d'appeler l'étape de la mise en oeuvre. Une politique peut se transformer au cours de cette étape, car certains conflits restés irrésolus au cours de la phase de la formulation peuvent continuer d'influer sur les mesures prises, et la nature réelle de la politique peut faire l'objet de négociations entre ceux qui en souhaitent l'application et ceux de qui relèvent les mesures à prendre (Ham et Hill, 1984).

Les deux perspectives principales que l'on trouve exposées dans la littérature traitant de la mise en oeuvre sont implicitement décrites dans le paragraphe qui précède. Il s'agit de la démarche descendante et de la démarche ascendante. Sabatier (1986) a examiné les textes sur la mise en oeuvre produits au cours des quinze dernières années et comparé les points forts et les points faibles de ces deux approches.

L'élément essentiel de la **démarche descendante** tient au fait qu'elle commence par une décision liée à la politique, prise par des représentants du gouvernement central, et qui se présente souvent sous la forme d'une loi. Sabatier et Mazmanian (1979) citent un cas type de recommandation touchant la réalisation des objectifs d'une politique, établie sur la base de cette démarche. Dans un texte mis à jour en 1986, Sabatier énumère les six conditions jugées suffisantes et généralement nécessaires à une mise en oeuvre efficace:

1. objectifs clairs et cohérents;
2. analyse causale appropriée;
3. processus de mise en oeuvre structuré, juridiquement, de façon à favoriser l'application de la politique par les personnes concernées et par les groupes cibles;
4. compétence des personnes chargées d'appliquer la politique et engagement de leur part;
5. appui des groupes d'intérêts et des instances compétentes;
6. changements dans les conditions socio-économiques ne minant pas véritablement l'appui politique ou l'analyse causale.
(Sabatier, 1986:23).

La première de ces trois conditions peut être incorporée à la décision à l'origine de la politique, tandis que les trois dernières sont tributaires des pressions politiques et économiques subséquentes, au cours du processus administratif.

La **démarche ascendante**, par contre, s'intéresse à la mise en oeuvre de la politique telle qu'appliquée concrètement. Aussi cette démarche met-elle en relief l'exercice des pouvoirs discrétionnaires des bureaucrates qui oeuvrent auprès du grand public et sur qui repose la responsabilité de la mise en oeuvre de la politique et des programmes (Wittrock et DeLeon, 1986). Contrairement à la démarche descendante qui met l'accent sur les hiérarchies organisationnelles officielles, la communication et les mécanismes de contrôle (Barrett et Hill, 1984), la démarche ascendante sous-entend que la politique est déterminée par des négociations explicites ou implicites entre ceux qui formulent les politiques et ceux qui, au sein de diverses organisations, les mettent en oeuvre. La mise en oeuvre des politiques n'est pas complètement assurée par une seule

organisation, donc, mais par divers éléments formant une structure chargée de la mise en oeuvre ou par un réseau de personnes relevant d'organismes publics et privés (Thrasher, 1983). À l'intérieur de cette démarche, les conditions qui déterminent le succès de la mise en oeuvre d'une politique sont compatibles avec les besoins des agents de l'échelon inférieur. Linder et Peters (1987) affirment que cette compatibilité est presque assurée de toute manière, étant donné que la démarche ascendante suppose que ces agents modèleront la politique en fonction de leurs propres besoins. Thrasher (1983), néanmoins, applique la théorie de l'échange aux problèmes que pose la compréhension des processus par lesquels les réseaux chargés de la politique sont créés, maintenus et adaptés de manière à ce qu'il soit possible de modifier les structures de mise en oeuvre pour les fins des personnes chargées de l'élaboration de la politique et non de celles qui la mettent en oeuvre.

Chacune de ces perspectives présente des lacunes qui lui sont propres. Sabatier (1986) adresse quatre grandes critiques à la démarche descendante. La lacune fondamentale des modèles que regroupe cette démarche tient au fait qu'ils sont conçus, au départ, en fonction des visées de ceux qui prennent les décisions, au détriment des autres acteurs. Les responsables de la décision à l'origine de la politique sont vus comme les acteurs clés, tandis que les autres intéressés sont vus comme des entraves au déroulement régulier de la mise en oeuvre.

Une deuxième critique adressée à ces modèles descendants tient au fait qu'il est difficile de les utiliser dans les situations où il faut tenir compte de nombreux éléments - directives gouvernementales et acteurs - et qu'aucun ne prédomine. Cette critique s'applique plus particulièrement sans doute, à un projet multisectoriel comme la politique publique favorisant la santé. Au chapitre de la mise en oeuvre, les modèles descendants apportent peu d'information sur les résultats de situations aussi complexes, si ce n'est la probabilité que toute politique liée à un intérêt ne sera pas mise en oeuvre de façon efficace.

Une troisième critique s'adresse au fait que les modèles descendants sous-estiment ou font fi de la possibilité que les bureaucrates travaillant auprès du grand public et les groupes cibles emploient des stratégies en vue de contourner la politique centrale ou de la mettre à profit de manière à servir leurs intérêts propres. En outre, comme Sabatier le fait remarquer, les modèles descendants risquent de laisser de côté nombre des effets contre-productifs des politiques choisies à des fins d'analyse.

Enfin, on a formulé une quatrième critique, suivant laquelle il serait trompeur ou inutile d'établir une distinction entre la formulation et la mise en oeuvre d'une politique. Ce point reprend l'argument selon lequel la politique évolue avec le temps et se présente comme un processus qui ne devient complet qu'avec la mise en oeuvre. Sabatier conteste cette critique en invoquant qu'il est difficile de départager l'influence relative des représentants élus et des employés de l'État. Il affirme en outre que le fait de voir la politique comme un processus non coupé par des temps d'arrêts décisionnels élimine non seulement la phase de l'évaluation de la politique (puisqu'il n'y a pas de politique à évaluer), mais aussi celle de l'analyse des changements dans la politique (parce qu'il n'existe pas d'énoncé précis à un point donné dans le temps que l'on peut comparer à un autre adopté à un autre moment).

L'approche descendante présente pour caractéristique que des conseils sont donnés aux acteurs qui occupent l'avant-scène, sur la façon dont ils devraient s'y prendre pour assurer une mise en oeuvre efficace. Cette approche prescriptive, dit-on, incorpore deux valeurs considérées comme précieuses:

(traduction) ...une vision démocratico-libérale selon laquelle une politique devrait être conçue par les élus du peuple et mise en oeuvre par les fonctionnaires, agissant alors en qualité de "serviteurs" du peuple; et une vision selon laquelle la rationalité dans le domaine de la politique publique suppose la fixation d'objectifs puis la mise en oeuvre d'activités pouvant faire l'objet d'une surveillance systématique en vue d'atteindre ces objectifs (Ham et Hill, 1984:108).

La perspective ascendante soulève aussi des problèmes qui lui sont propres. En ce qui a trait à la recherche sur la mise en oeuvre, Sabatier (1986) déplore la confusion méthodologique qui caractérise les études ascendantes. Plusieurs autres problèmes reprennent de façon parallèle, en quelque sorte, ceux de la perspective descendante. Qui adopte cette approche risque de surestimer le pouvoir de ceux qui sont à la base, et de sous-estimer le pouvoir d'autres acteurs sur la scène politique. Un autre problème soulevé par cette approche tient au fait que l'actuelle distribution des préférences et des ressources est souvent acceptée telle quelle, sans qu'il soit tenu compte des efforts déployés par d'autres acteurs pour changer les règles du jeu.

À cet égard, il importe ici de signaler que les règles officiellement adoptées ont un effet déterminant sur la façon dont les tâches sont accomplies et, donc, sur un ingrédient clé de la mise en oeuvre de la politique favorisant la santé. Les procédures opérationnelles courantes déterminent dans une large mesure les comportements de ceux qui se chargent de la mise en oeuvre (Thompson, 1984). Barrett et Hill (1984), traitant de la littérature portant sur le service national de santé de la Grande-Bretagne, affirment que la structure même du service protège les intérêts de la profession médicale et assure sa participation à l'élaboration de la politique. Selon ces auteurs, les médecins pourraient, s'ils en sentaient le besoin, entraver le processus de la mise en oeuvre, mais la

plupart du temps le pouvoir qui leur est acquis rend superflue toute intervention déclarée de leur part.

En résumé, il semble que l'une et l'autre perspectives, descendante et ascendante, ne tiennent pas suffisamment compte de la structure sous-jacente ainsi que des rapports de force qui sous-tendent la mise en oeuvre.

Dans sa critique de l'approche ascendante, Sabatier (1986) ajoute que le niveau de participation actuel est pris comme allant de soi, sans qu'aucune attention ne soit accordée aux efforts déployés antérieurement en vue de modifier les taux de participation. Sabatier (1986) reproche en outre à ce modèle de ne pas se fonder au départ sur une théorie explicite des facteurs qui influent sur son sujet d'intérêt. Parce qu'il en est largement tributaire, ce modèle est prisonnier des perceptions et des activités des participants au processus de mise en oeuvre, ce modèle laisse peu de place à la reconnaissance des facteurs indirects qui influent sur le comportement des participants, voire des influences directes que subissent les participants sans en être conscients.

Linder et Peters (1987:463) sont très sévères à l'endroit de l'approche ascendante: (traduction) "Cette approche vis-à-vis des études sur la mise en oeuvre peut avoir un très mauvais effet sur la réalisation des études sur la politique". Le premier problème surgit si les généralisations descriptives concernant la détermination de la mise en oeuvre à partir de la périphérie sont reconnues aussi comme des énoncés prescriptifs, à savoir que les participants des échelons inférieurs devraient déterminer la mise en oeuvre. Si tel est le cas, affirment ces auteurs, bon nombre des idées concernant le contrôle de la politique dans les systèmes démocratiques doivent être remises en question.

Certaines sections de la présente analyse donnent à entendre que la discussion sur la politique publique favorisant la santé permet tout à fait ce genre d'interrogation, bien que Linder et Peters, dans le cas qui nous occupe ici, semblent poser la question de façon rhétorique. D'importantes questions méritent, en effet, d'être examinées au sujet de la juste mesure de centralisation et de décentralisation à appliquer dans le processus politique. Linder et Peters rétorquent que les vues qui viennent d'en bas, et qui peuvent être empreintes de préjugés, ne sont pas nécessairement plus valables qu'une vision d'ensemble émanant d'en haut. Un second risque que pose l'adoption de l'approche ascendante tient, selon eux, au fait que ce que les organismes en place peuvent faire avec un minimum de dérangement peut devenir synonyme de ce qui devrait être fait.

En dépit de cette attention aux distinctions à établir entre les approches ascendante et descendante et les critiques adressées à l'une et à l'autre, la littérature récente sur la mise en oeuvre révèle une convergence de vues ou une volonté de voir les deux perspectives comme complémentaires plutôt que mutuellement exclusives (Wittrock et DeLeon, 1986). Ainsi, Lane (1986), dans une étude de cas portant sur la création de l'Université Norrland en Suède, se prononce en faveur de l'approche ascendante parce qu'elle met l'accent sur les comportements et la motivation des personnes chargées de la mise en oeuvre, tout en indiquant clairement que l'application de la politique, initiative venant des échelons supérieurs, a été le point de départ du processus de la mise en oeuvre.

Un certain nombre de plans d'ensemble (O'Toole, 1986), dont plusieurs seront examinés ici afin qu'on puisse y déceler les facteurs à prendre en considération dans la mise en oeuvre, reconnaissent la complémentarité des deux approches.

Hambleton (1983) indique cinq facteurs clés qui modèlent le processus de mise en oeuvre: le message de la politique; la multiplicité des agents; la multiplicité des perspectives et des idéologies; les ressources ainsi que les considérations politiques sous-jacentes à la planification. Le message politique renvoie à un concept qui incorpore aussi bien la substance de la politique que la façon dont elle est communiquée.

Contrairement aux objectifs clairs et cohérents recommandés par Sabatier et Mazmanian (1979), les messages émanant des échelons supérieurs ne sont pas nécessairement très clairs, selon Hambleton. Dans certains cas, il sera difficile de déterminer des cibles ou des indicateurs de rendement clairs. Une certaine ambiguïté dans la politique pourra aussi résulter d'un climat d'incertitude dû à une compréhension imparfaite de la susbtance de la politique ou à l'exercice d'un contrôle insuffisant sur les personnes chargées de la mettre en oeuvre. Qui plus est, certains peuvent entretenir délibérément un climat d'ambiguïté afin de laisser du jeu pour des négociations et des manoeuvres. Thain (1987) reconnaît la difficulté que cela pose aux chercheurs qui veulent évaluer la politique. Toutefois, Hambleton insiste sur le fait qu'une dose d'ambiguïté peut être valable en ce qu'elle permet un certain apprentissage et une reformulation de la politique pendant l'étape de la mise en oeuvre.

Sabatier (1986) conclut qu'il faisait erreur au début en insistant sur la nécessité de fixer des objectifs clairs et cohérents, et que des travaux empiriques faits par la suite montrent que la plupart des politiques incorporent une multitude d'objectifs partiellement contradictoires. Aussi propose-t-il, en vue de l'évaluation des politiques, qu'on détermine une "aire d'acceptabilité" délimitée par l'éventail des valeurs acceptables pour chacune des dimensions évaluatives en cause. Il est difficile, tant intuitivement que pour les raisons déjà citées dans la présente analyse, de nier l'importance des objectifs. La littérature sur la mise en oeuvre, toutefois, laisse supposer qu'une certaine ambiguïté est acceptable, voire utile.

Le deuxième facteur clé modelant la mise en oeuvre de la politique est, selon Hambleton, la difficulté que pose la coordination en présence de nombreux agents. Hambleton estime que la coordination est chose impossible, mais il se dit d'avis qu'il faut, selon toute vraisemblance, réserver deux ans et demi à la planification. Cette période correspond en partie au temps requis pour la coordination et pour la mise sur pied de politiques qui aient l'appui et, là où c'est possible, l'adhésion des organismes responsables de la mise en oeuvre. Or, le gouvernement central n'a pas tendance à consacrer autant de temps à la planification.

Sabatier (1986) a constaté que l'appui des organismes chargés de la mise en oeuvre est toujours un facteur qu'il importe de prendre en considération si l'on veut comprendre les résultats d'un programme ainsi que les stratégies qu'appliquent successivement les promoteurs d'un programme. Thain (1987) et Siler-Wells (1987) affirment que la capacité qu'ont les organismes de changer est une dimension qu'il importe de prendre en considération dans l'évaluation de la faisabilité d'un plan de mise en oeuvre.

Le troisième facteur relevé par Hambleton en vue de l'analyse de la mise en oeuvre a trait aux différentes perspectives et idéologies que divers groupes d'acteurs défendent dans le processus de la mise en oeuvre. Ce facteur renvoie essentiellement à la perception qu'ont les acteurs de la situation et aux suppositions qui forment leur "univers mental". Cet "univers de suppositions" s'entend du cadre de référence intellectuel qu'utilisent les participants au processus politique pour faire face aux événements du quotidien, en leur procurant une "carte" de la réalité sociale. Apparaissent notamment sur cette carte les suppositions concernant l'importance que devrait avoir la participation de l'État, le niveau d'adhésion des citoyens requis pour qu'on puisse commencer à mettre en oeuvre la politique et les aspirations réalisables dans une aire politique donnée (Thain, 1987). Les acteurs chargés de la mise en oeuvre peuvent mal comprendre une politique ou ne pas l'appliquer correctement parce qu'ils en rejettent les objectifs, parce que la politique attaque leur noyau de croyances ou qu'elle se situe en marge de leur univers de suppositions (Thrasher, 1983).

Le quatrième facteur cité par Hambleton comme élément essentiel du processus de la mise en oeuvre d'une politique est celui des ressources. Les ressources financières revêtent une importance particulière ici, mais Thain (1987) souligne aussi l'importance des ressources constitutionnelles, juridiques, politiques, informationnelles, hiérarchiques et technologiques. Hambleton souligne qu'on doit faire preuve de réserve vis-à-vis de l'hypothèse découlant du modèle descendant selon laquelle un apport de ressources nouvelles est un facteur qui, de lui-même, accélère la mise en oeuvre d'une politique. L'expérience même d'Hambleton laisse supposer, en fait, que les pressions liées à la nécessité de prévoir les ressources et de formuler des programmes limités incluant des listes détaillées de projets, en conformité avec les budgets et les échéanciers établis, détache considérablement l'attention du travail analytique requis pour assurer les changements nécessaires dans les politiques en place. En période de restriction des dépenses publiques, toutefois, les ressources deviennent un facteur plus important encore.

Le dernier facteur modelant les mises en oeuvre d'une politique cité par Hambleton est un facteur qui chevauche les précédents. Pour le désigner, Hambleton utilise l'expression "politique de la planification", qui renvoie aux conflits, aux échanges et aux compromis marquant les négociations requises aux fins de la mise en oeuvre. Thain (1987) remet en question la notion selon laquelle le consensus serait nécessaire à une mise en oeuvre réussie. En réalité, des conflits se produisent à chacune des étapes du processus d'élaboration de la politique, et ces conflits sont inévitables là où sont en présence des acteurs ayant différents intérêts et objectifs liés à la politique, comme ils sont le reflet de l'état endémique de conflit qui existe dans la société. Dans cette optique, le processus d'élaboration de la politique peut être vu comme un ordre des choses négocié, la somme des règles que les acteurs en présence ont convenu d'appliquer et des ententes intervenues entre eux. Barrett et Hill (1984) accordent une attention toute particulière aux négociations qui marquent la mise en oeuvre. Un point crucial de ces négociations, que soulignent ces auteurs, est celui du contrôle, de la coercition ou de l'influence qu'un groupe d'acteurs peut être en position d'exercer par rapport au comportement des autres acteurs lorsque surgit un conflit.

Le cadre de référence d'Hambleton est l'un de ceux dont on peut se servir pour examiner les facteurs qui influent sur la mise en oeuvre de la politique. Il apparaît comme suffisamment général pour englober la plupart des problèmes auxquels on risque de se heurter dans la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé.

Laurence O'Toole (1986) a étudié la même question eu regard de recommandations faites au sujet de la mise en oeuvre d'une politique nécessitant l'intervention de nombreux groupes d'acteurs. Son article contient les résultats de plus de cent études compilées en fonction de variables clés, ce qui fait de ce document, surtout si on le combine à celui de Sabatier (1986), un excellent relevé de la littérature sur la mise en oeuvre. Malheureusement, son évaluation débouche sur la constatation que ce champ d'exploration est complexe, et qu'on a du mal à cumuler ou à faire converger les résultats. Les rares recommandations bien étayées mises de l'avant par des chercheurs à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques semblent contradictoires,

bien qu'on ne puisse évaluer l'impact de ces contradictions étant donné l'absence d'études sur l'utilisation des résultats de recherche.

Sabatier (1986) soutient que l'approche ascendante ne s'appuie pas sur un fondement théorique assez substantiel pour permettre des prédictions. Les quelques recommandations dont parle O'Toole découlent donc de l'approche descendante et d'une sorte de sagesse conventionnelle qui semble parsemer la littérature de ses adages. En résumé :

> (traduction) Pour maximiser les chances de succès de la mise en oeuvre, du point de vue des instances centrales, on devrait 1) concevoir des politiques qui nécessitent peu de changements dans les comportements...; 2) simplifier la mise en oeuvre sur le plan structural et réduire au minimum le nombre des acteurs...; 3) veiller à ce que les problèmes associés à la mise en oeuvre soient davantage examinés au cours des premières étapes de l'élaboration de la politique...; et 4) veiller à laisser la responsabilité de la mise en oeuvre à des groupes bien disposés à l'égard de la politique... (O'Toole, 1986:200).

Sabatier (1986) cite des recherches qui laissent supposer que le rapport entre les chances de la réussite de la mise en oeuvre d'une réforme et la mesure dans laquelle on devra, selon les prévisions, s'écarter du statu quo n'est pas inverse, mais curvilinéaire: des changements trop minces ne soulèveront aucun intérêt, tandis qu'une réforme exhaustive soulèvera trop de résistance au départ. (traduction)"Ces réformes...suffisamment ambitieuses pour amener les promoteurs à s'engager, mais assez limitées pour ce qui est de leur effet sur l'ensemble du système, sont les réformes qui sont les plus susceptibles de réussir" (Sabatier, 1986:29).

Contrairement à O'Toole qui recommande de simplifier les choses, Bowen (1982), qui s'est intéressé à l'analyse des probabilités, a abouti à des conclusions plus optimistes quant aux chances de succès dans les cas où la mise en oeuvre nécessite la participation de nombreux groupes d'acteurs. D'autres chercheurs qui se sont intéressés à la politique réglementaire, ont conclu que dans certaines circonstances la complexité peut, en fait, faciliter la mise en oeuvre, en rendant plus attrayante l'application de la politique par de nombreux groupes d'acteurs. Ces résultats contradictoires permettent d'envisager avec optimisme la politique publique favorisant la santé et ce, plus particulièrement si on la considère en regard de certains énoncés conventionnels selon lesquels les problèmes multisectoriels seraient plus difficiles à résoudre (Mayntz, 1983).

En examinant la mise en oeuvre au cours des étapes initiales de la formulation de la politique, O'Toole cite des recherches qui donnent à entendre que, si de telles questions sont soulevées, les objectifs du programme seront sacrifiés en raison des exigences qui pèsent sur leur réalisation. Cette opinion rappelle la mise en garde de Linder et Peters (1987) suivant laquelle ce qui "peut arriver peut être interprété comme ce qui devrait arriver". Enfin, O'Toole présente des cas où la sympathie ou l'opposition d'acteurs clés à l'égard d'une politique a semblé influer très peu sur la mise en oeuvre.

O'Toole conclut qu'on retrouve beaucoup d'avis contradictoires et contraires à l'intuition dans la littérature sur la mise en oeuvre, mais qu'il n'y a pas lieu de désespérer. Son analyse révèle un accord implicite entre plusieurs grappes de variables, qui mérite d'être examiné plus à fond. Les variables cernées sont les caractéristiques de la politique, les ressources, la structure de la mise en oeuvre, l'attitude des responsables de la mise en oeuvre, les rapports entre ces derniers et les clients, et le choix du moment opportun. En dépit de l'absence d'isomorphismes entre ces facteurs et les cinq énumérés par Hambleton (1983), les recoupements sont suffisants pour confirmer l'utilité heuristique de la discussion antérieure pour ce qui est de suggérer des pistes de recherche concernant la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé.

PROGRAMMES VISANT LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

En plus de la littérature sur la mise en oeuvre de politique que nous venons de passer en revue, un ensemble de documents traitant de la mise au point de programmes fournissent, du même coup, de l'information sur la façon de rendre opérationnelle une politique. Les termes "programme" et "politique" semblent utilisés indifféremment, bien qu'on puisse établir une distinction utile entre ces deux notions en définissant les programmes comme (traduction) "des moyens juridiques et bureaucratiques concrets visant à traduire des intentions politiques générales en mesures gouvernementales précises. Il s'agit de moyens qui sont utilisés à des fins plus larges, mais non nécessairement mieux définies, à savoir l'application de certaines valeurs et la réalisation de buts politiques" (Thain, 1987:68).

Mayntz (1983) soutient que la conception d'un programme joue un rôle important dans la réalisation des buts. Linder et Peters (1984, 1987) insistent sur le même point. Wolman (1981) énonce trente-huit hypothèses concernant les facteurs qui déterminent le succès ou l'échec d'un programme. Ces hypothèses, qui représentent tout un programme de recherches en sciences sociales, peuvent aussi servir de liste de contrôle des facteurs

à prendre en considération dans la conception d'un programme.

Mayntz (1983) signale que les instruments de politique requis peuvent différer d'un programme à l'autre; par exemple, des mesures visant à encourager ou à persuader sont préférables à d'autres instruments quand on désire obtenir que les membres du groupe cible consentent librement à faire certains efforts. L'étude de Woodside (1986) sur l'influence du type d'instrument choisi sur le processus d'élaboration de la politique est une contribution à l'étude de la politique publique dont le Canada peut s'enorgueillir.

Ces documents sont mentionnés au passage parce qu'ils indiquent d'autres mesures qui peuvent être prises dans le processus concret de la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé. Les textes sur l'influence des instruments de politique dans des domaines connexes, tel celui de la prévention (voir Barer, Evans, Stoddart, Labelle et Fulton, 1984), sont aussi pertinents.

RÉSUMÉ

La planification occupe une place centrale dans le processus de mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé. Les conditions changeantes de l'environnement dans lequel la politique publique est mise en oeuvre exacerbent l'incertitude et accroissent l'importance de la planification. Qui plus est, la complexité du domaine de la politique publique favorisant la santé (qu'on pense ici au nombre des acteurs qui interviennent, au fait que ces politiques touchent divers secteurs et divers champs de compétence, ainsi qu'au besoin présumé d'une vaste participation) renforce aussi la nécessité de la planification, tant à des fins stratégiques qu'aux fins de la mise en oeuvre elle-même. La planification en vue de la mise en oeuvre ressort comme un domaine particulièrement important, bien que relativement peu traité dans la littérature.

Tant la validité que la faisabilité de la planification ont été abondamment débattues. La planification est vue comme un moyen de réduire l'incertitude et de faciliter les changements sociaux souhaités. Néanmoins, on ne sait pas très bien si la planification facilite ou entrave la politique.

Parmi les obstacles qui constituent le "casse-tête de la mise en oeuvre", on peut mentionner la peur universelle du changement, des lacunes dans les technologies du changement social et l'absence de planification au niveau de la mise en oeuvre. À cette liste, nous ajoutons les rapports de force et le contexte politico-économique du changement.

Les modèles de planification rationnelle ont été jugés inappropriés comme moyen de surmonter ces obstacles surtout parce qu'ils n'accordaient pas à l'étape de la mise en oeuvre la place qui lui revient. La mise en oeuvre peut échouer dans la réalisation des objectifs énoncés officiellement, mais servir des fins cachées, non voulues ou symboliques. La ligne de démarcation entre la politique comme telle et la mise en oeuvre n'est pas claire.

Le débat qui oppose les partisans de l'approche descendante et ceux de l'approche ascendante à l'égard de la mise en oeuvre de la politique semble maintenant céder le pas à des efforts de réconciliation. Une mise en oeuvre efficace requiert non seulement des objectifs clairs et cohérents ainsi que l'appui des autorités centrales, mais aussi la participation d'agents dévoués et compétents et l'appui des groupes d'intérêts. Mais il faut aussi que les conditions politiques et socio-économiques créent un environnement favorable et qu'elles ne minent pas le soutien du public. Pour ce qui est de la coordination des initiatives en matière de politiques publiques favorisant la santé, il importe que l'on entreprenne des recherches sur le degré de centralisation requis dans diverses conditions pour faciliter la mise en oeuvre. En ce qui a trait aux préoccupations entourant la centralisation, la mesure dans laquelle c'est l'ambiguïté, et non la clarté, qui, dans la formulation des initiatives politiques, facilite la mise en oeuvre est une question qui ne fait pas l'unanimité.

La planification de la mise en oeuvre est un processus politique qui requiert l'affectation de ressources, des négociations et des compromis. La mesure dans laquelle le consensus est une condition préalable à la mise en oeuvre efficace d'une politique est une question sur laquelle tout n'a pas été dit, loin de là. Ainsi, on sait peu de chose sur l'utilité des objectifs ou "visions des choses", pour ce qui est de faciliter la mise en oeuvre, bien qu'il s'agisse là de concepts que d'instinct on trouve attrayants et que défendent un grand nombre de personnes qui travaillent dans le domaine de la politique publique favorisant la santé.

Hambleton (1983) et O'Toole (1986) ont proposé deux cadres de référence importants et très similaires en ce qui a trait à l'analyse de la mise en oeuvre d'une politique. Appliqués à la politique publique favorisant la santé, ces cadres de référence soulèvent un large éventail de sujets de recherche, sujets qui font l'objet d'une discussion au chapitre 6; néanmoins, notre analyse nous amène à penser qu'une place prioritaire devrait être accordée à la question des rapports entre la centralisation ou la décentralisation et le degré de succès de la mise en oeuvre.

Enfin, notre analyse souligne le besoin d'examiner, par la recherche, l'impact des macro-environnements sociaux et politiques sur toutes les étapes du processus d'élaboration de la politique publique favorisant la santé. Cette recommandation reprend celle de Milio (1987b), qui avait réclamé que les chercheurs accordent plus d'attention au climat social entourant la politique en général, et la promotion de la santé en particulier.

RÉFÉRENCES

Angus, Douglas E. and Manga, Pran. Stratégies nationales de santé: l'heure d'une "nouvelle perspective". *Revue canadienne de santé publique*, 77, mars/avril 1986:81-84.

Baggot, Rob. Alcohol, politics and social policy. *Journal of Social Policy*, 15(4), 1986:467-488.

Barer, Morris L., Evans, Robert G., Stoddart, Greg L., Labelle, Roberta and Fulton, Jane. *Lifestyles, linkages and liabilities: Theory and evidence justifying economic incentives for healthier lifestyles*. Program for Quantitative Studies in Economics and Population, Faculty of Social Sciences, McMaster University, Hamilton, Ontario. QSEP Research Report No. 112, 1984.

Barrett, Susan and Hill, Michael. Policy, bargaining and structure in implementation theory: Towards an integrated perspective. *Policy and Politics*, 12(3), 1984:219-240.

Blum, Henrik L. *Planning for Health: Generics for the Eighties*. New York: Human Sciences Press, 1981.

Bowen, Elinor R. The Pressman-Wildavsky paradox: Four addenda or why models based on probability theory can predict implementation success and suggest useful tactical advice for implementers. *Journal of Public Policy*, 2(1), 1982:1-22.

Duhl, Leonard J. *Health Planning and Social Change*. New York: Human Sciences Press, 1986a.

Epp, Jake. Stratégies nationales en promotion de la santé. *Revue canadienne de santé publique*: 77, juillet/août 1986:243-247.

Fox, Daniel M. The consequences of consensus: American health policy in the twentieth century. *The Milbank Quarterly*, 64(1), 1986:76-99.

Gemmill, Gary and Smith, Charles. A dissipative structure model of organizational transformation. *Human Relations*, 38(8), 1985:751-766.

Ham, Christopher and Hill, Michael. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Sussex: Wheatsheaf Books, 1984.

Hambleton, Robin. Planning systems and policy implementation. *Journal of Public Policy*, 3(4), 1983:397-418.

Health for All Ontario. Report of the Panel on Health Goals for Ontario, August 1987.

Health Promotion: Concept and Principles, In Action, A Policy Framework. Unpublished discussion document. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986.

Health Promotion Matters in Ontario. Report of the Minister's Advisory Group on Health Promotion, 1987.

Jackson, Suzanne Fraser. Planning for health in a changing society. A study of the relationship between a changing social paradigm, turbulence, non-conventional health care practices and planning. Unpublished doctoral dissertation. University of Waterloo, 1981.

Lalonde, Marc. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1974.

Lamb, Jr., Charles. Public sector marketing is different. *Business Horizons*, July/August 1987:56-60.

Lane, Jan-Eril. Institutional innovation and implementation: The case of Sweden. *Policy Studies Journal*, 14(3), 1986:470-478.

Lee, Kenneth and Mills, Anne. *Policy-making and Planning in the Health Sector*. London: Croom Helm, 1982.

Lewin, K. *Field Theory in Social Science*. New York: Harper and Row, 1951.

Linder, Stephen H. and Peters, B. Guy. From social theory to policy design. *Journal of Public Policy*, 4(3), 1984:237-259.

Linder, Stephen H., and Peters, B. Guy. A design perspective on policy implementation: The fallacies of misplaced prescription. *Policy Studies Review*, 6(3), 1987:457-475.

Mason, Richard O. A dialectical approach to strategic planning. *Management Science*, 15(3), 1968:403-414.

Mayntz, Renate. Public bureaucracies and policy implementation. *International Social Science Journal*, 31(4), 1979:633-645.

Mayntz, Renate. The conditions of effective public policy: A new challenge for policy analysis. *Policy and Politics*, 11(2), 1983:123-143.

McKnight, John. Professionalized service and disabling help. In I. Illich et al. (eds.), *Disabling Professions*. Toronto: Burns and MacEachern, 1977:69-91.

McKnight, John. Regenerating community. *Social Policy*, Winter 1987:54-58.

Meijer, A.W.M. Some aspects of alternative approaches to planning. In Charles O. Panneborg, Albert van der Werff, Gary B. Hirsch, and Keith Barnard (eds.), *Reorienting Health Services: Application of a Systems Approach*. New York: Plenum Press, 1984:69-89.

Milio, Nancy. Personal Interview, October 28, 1987b.

Morgan, Gareth. Emerging managerial competencies. (Draft) In *Riding the Cutting Edge of Change: Emerging Managerial Competencies*. San Francisco: Jossey-Bass, In press.

Morgan, Gareth, and Ramirez, Rafael. Action learning: Metaphor for guiding social change. *Human Relations*, 37(1), 1983:1-28.

Nutt, Paul C. *Planning Methods for Health and Related Organizations*. New York: John Wiley and Sons, 1984.

O'Toole, Laurence J. Policy recommendations for multi-actor implementation: An assessment of the field. *Journal of Public Policy*, 6(2), 1986:181-210.

Porter, Michael. The case for rethinking strategic planning. *The Globe and Mail*, June 8, 1987:B1, B6.

(A) Proposal to Establish Health Objectives and Strategies for Canada. Discussion paper submitted by the Canadian Public Health Association with support and assistance from the Ontario Public Health Association, September 1985.

Reeves, Philip N., Bergwall, David F. and Woodside, Nina B. *Introduction to Health Planning*. Arlington, Virginia: Information Resource Press, 1984.

Roberts, Jan and Colvin, Phyllis. Personal communication. October 28, 1987.

Robertson, David Brian. Program implementation versus program design: Which accounts for policy failure? *Policy Studies Review*, 3(3-4), 1984:391-405.

Sabatier, Paul A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 1986:21-48.

Sabatier, Paul A. and Mazmanian, Daniel. The conditions of effective implementation: A guide to accomplishing policy objectives. *Policy Analysis*, 5(4), 1979:481-504.

Segall, Malcolm. On the concept of socialist health system: A question of Marxist epistemology. *International Journal of*

Health Services, 13(2), 1983:221-225.

Siler-Wells, Gail. An implementation model for health system reform. *Social Science and Medicine*, 24(10), 1987:821-832.

Solesbury, William. Strategic planning: Metaphor or method? *Policy and Politics*, 9(4), 1981:419-437.

Spitzer, Robert J. Promoting policy theory: Revising the arenas of power. *Policy Studies Journal*, 15(4), 1987:675-689.

Thain, Colin. Implementing economic policy: An analytical framework. *Policy and Politics*, 15(2), 1987:67-75.

Thompson, Frank J. Implementation of health policy: Politics and bureaucracy. In Theodor J. Litman and Leonard S. Robins (eds.), *Health Politics and Policy*. New York: John Wiley and Sons, 1984:145-168.

Toward a Shared Direction for Health in Ontario. Report of the Ontario Health Review Panel, 1987.

Waitzkin, Howard. Health policy and social change: A comparative history of Chile and Cuba. *Social Problems*, 31(2), 1983:235-248.

Wallerstein, Immanuel. Economic cycles and socialist policies. *Futures*, 16(6), 1984:579-585.

Wildavsky, Aaron. *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Boston: Little, Brown, and Company, 1979.

Wittrock, Bjorn and DeLeon, Peter. Policy as a moving target: A call for conceptual realism. *Policy Studies Review*, 6(1), 1986:44-60.

Wolman, Harold. The determinants of program success and failure. *Journal of Public Policy*, 1(4), 1981:433-464.

Woodside, Kenneth. Policy instruments and the study of public policy. *Canadian Journal of Political Science*, XIX(4), 1986:775-793.

Ziglio, Erio. Uncertainties and dilemmas in future health policy scenarios: Some cautionary issues. *Futures Research Quarterly*, 2(4), 1986a:5-16.

Ziglio, Erio. Policy-making and planning in conditions of uncertainty: Theoretical considerations for health promotion policy. Draft working paper No. 7, Research Unit in Health and Behavioural Change, Edinburgh, Scotland, 1987a.

Chapitre Cinq

Mécanismes de coordination d'une politique publique favorisant la santé

Les chapitres précédents décrivaient les grands éléments de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé. Nous avons fait valoir que les caractéristiques d'une politique publique favorisant la santé, à savoir son caractère multisectoriel, participatif et pluridisciplinaire, ainsi que l'accent mis sur les diverses questions relatives à l'équité dans le domaine de la santé, se traduisent par le besoin de mettre en place des processus nouveaux ou améliorés d'élaboration et de mise en oeuvre. Le présent chapitre met l'accent sur les processus et les mécanismes de coordination. En ce qui a trait à la politique publique favorisant la santé, il semble qu'une nouvelle façon de procéder s'impose, entre les organismes et à l'intérieur de chacun d'eux, si l'on veut favoriser la communication et la coopération. Tout en reconnaissant qu'au Canada la coordination se heurte à des complications dues à la séparation constitutionnelle des pouvoirs entre les instances fédérales et provinciales dans le domaine de la prestation des services médicaux, le présent chapitre met davantage l'accent sur la coordination intersectorielle que sur la coordination entre les instances concernées.

La discussion s'ouvre sur un aperçu général des questions importantes pour la coordination de la politique publique favorisant la santé, notamment la définition du caractère et de l'objet de la coordination et la reconnaissance de la tension générée par le besoin simultané de plus de coordination et de plus de participation de la part du public, deux des caractéristiques de la politique publique favorisant la santé. Des considérations théoriques concernant les conflits et la collaboration entre les organismes sont de plus présentées. Ces considérations peuvent être utiles aux défenseurs de la politique publique favorisant la santé. Milio (1987a, 1987b), toutefois, souligne le besoin "d'apprendre par l'expérience". Le chapitre se termine, en conséquence, par des commentaires sur des expériences que diverses instances, de l'échelon local à l'échelon international, ont faites dans le domaine de la politique publique favorisant la santé.

DILEMMES LIÉS À LA COORDINATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Coordination, coopération ou collaboration?

La coordination de la politique publique favorisant la santé est reconnue comme un aspect important de la promotion de la santé dans *La santé pour tous* (1986). Ceux qui souhaitent donner suite à la recommandation touchant la coordination des politiques publiques de santé affrontent des problèmes de terminologie, comme cela a été signalé tout le long de la présente analyse. La littérature est truffée d'acceptions différentes du terme "coordination", dont on ne trouve pas de définition précise dans *La santé pour tous*. Les paragraphes qui suivent expliquent différents sens prêtés à ce terme.

Stahlberg (1983:451) ne recourt pas à des termes différents pour distinguer les variantes possibles dans le degré de coordination, mais reconnaît que la coordination peut aller d'un intense partenariat à quelque chose d'aussi minime que (traduction) "la publication de deux plans dans un même ouvrage". Booth (1981:25), toutefois, établit une distinction entre la coordination et la collaboration: (traduction) "la coordination s'entend d'un travail fait de façon indépendante, mais en harmonie, et la collaboration, d'un travail fait de concert". Pour Gray (1985:912), qui y va d'une définition plus précise encore, la collaboration est (traduction) "1) la mise en commun d'évaluations ou de ressources tangibles (information, argent, travail, etc.), 2) par au moins deux partenaires, 3) en vue de résoudre un ensemble de problèmes auxquels aucun d'eux ne peut trouver de solution isolément". Selon le modèle qui émerge de ces trois exemples, existe entre les personnes ou les organismes un continuum d'interaction d'intensité variable, allant de l'action indépendante à un pôle, à la collaboration à l'autre pôle, avec, quelque part au milieu, une place pour la coordination. Ce genre de distinction peut se révéler important dans le contexte de la politique publique

favorisant la santé, étant donné qu'il peut être plus facile d'obtenir du soutien pour des initiatives de coordination que pour des initiatives de collaboration. La coordination, telle que définie ici, toutefois, peut ne pas être un moyen valable de régler les problèmes complexes signalés par tous les groupes de travail et toutes les personnes qui s'intéressent à la santé (*La santé en Ontario: vers une orientation commune*, 1987; Milio, 1986c). De plus, la notion de collaboration, telle que définie par Gray (1985), semble en accord avec l'esprit de *La santé pour tous*, document où l'on ne trouve aucune définition explicite de cette notion, comme nous l'avons déjà signalé. Cela nous amène à penser, cependant, que c'est de collaboration dont nous devons nous préoccuper.

L'Organisation mondiale de la Santé (*Intersectoral Action for Health*, 1986) ne parle pas de coordination en rapport avec la politique publique favorisant la santé, mais de coopération. Ce terme ne permet pas de circonscrire toutes les questions soulevées ci-dessus; il renvoie, toutefois, à un type plus lâche d'interaction que celui que suppose le terme "collaboration".

Weiss (1980) et Booth (1981) insistent tous les deux sur la nécessité que le sens et l'objet de la coordination soient clairs pour tous les acteurs participant de quelque façon à l'élaboration ou à la mise en oeuvre d'une politique. Sans une compréhension commune de la nature et de l'objet de la coordination entourant un projet, les participants peuvent finir par se nuire mutuellement. Cette compréhension commune est sans doute particulièrement importante dans le domaine de la politique publique favorisant la santé, étant donné le large éventail d'intérêts représentés, a fortiori si la coordination exerce autant d'attrait que Weiss (1981) le prétend.

Demande symbolique de coordination

Weiss (1981:21) met en garde les administrateurs d'organismes dispensant des services à la personne contre l'attrait exercé par (traduction) "le contenu symbolique et la présentation du message véhiculé par le terme coordination"; cette auteure est d'avis que l'attrait émotionnel puissant qu'exercent les politiques et les programmes de coordination peut masquer leur piètre rendement. Le pouvoir symbolique de la coordination tient peut-être au fait que ce terme évoque (traduction) "des valeurs largement répandues de rationalité, d'exhaustivité, d'efficacité, et qu'il renforce de ce fait la confiance qu'a le public dans le rôle joué par la "raison" dans l'élaboration des politiques" (Weiss, 1981:37). Toutefois, comme cela a été signalé aux chapitres précédents, l'élaboration d'une politique n'est pas toujours un exercice hautement rationnel, mais se présente souvent comme une combinaison d'éléments (planification, opportunisme, personnalité et considérations politiques). Le point qu'il importe de souligner ici n'est pas que la demande de coordination inhérente à la conceptualisation de la politique publique favorisant la santé n'est pas pertinente, mais bien que l'attrait émotionnel puissant qu'exerce la coordination peut être autant une force qu'une faiblesse. De plus, cette question n'est soulevée que pour mettre en relief la confusion qui peut entourer l'objet et les visées de la coordination, à cause, d'une part, du grand nombre d'acteurs appelés à jouer un rôle sur la scène de la politique publique favorisant la santé et, d'autre part, du pouvoir symbolique du mot lui-même.

Besoin de participation

Le dilemme entre le besoin de coordination, d'une part, et le besoin d'une plus grande participation du public, d'autre part, a été évoqué au chapitre précédent. Bien sûr, il serait plus indiqué d'étudier cette question dans le cadre d'une analyse sur la façon de promouvoir la participation du public, mais il importe que la présente analyse reconnaisse aussi l'existence de ce problème. Le dilemme dont il s'agit se pose, essentiellement, comme suit: comment promouvoir simultanément la coordination et la participation? À première vue, la coordination semble supposer une centralisation plus marquée, tandis qu'une plus grande participation du public semble aller de pair avec une plus grande décentralisation. Chose certaine, les stratégies d'action intersectorielle aux niveaux régional et local s'accompagnent d'un appel en faveur de plus de décentralisation ("The role of intersectoral cooperation in national strategies for Health for All", 1986). Il est utopique, peut-être, de chercher à réaliser ces deux objectifs en même temps; néanmoins, il semble essentiel d'établir un certain équilibre entre l'un et l'autre. Il serait peut-être possible de résoudre ce dilemme en formulant une conceptualisation claire des buts de la coordination et de la participation, tout en veillant à ce que ces vues soient largement communiquées aux parties intéressées (Weiss, 1981; Booth, 1981). Une telle démarche pourrait sans doute faciliter la réalisation des deux ensembles d'objectifs.

De plus, les buts de la décentralisation et de la participation ont été mal formulés dans la littérature sur la politique publique favorisant la santé. Ainsi, la décentralisation peut facilement se transformer en une opération consistant à "refiler la responsabilité" à d'autres, sous le couvert d'un discours justificatif, si les gouvernements centraux l'utilisent comme moyen apparent de réduire les coûts, et que le but, donc, est d'imputer la responsabilité des programmes sociaux à des paliers inférieurs de gouvernement. En outre, il reste aussi à déterminer comment la décentralisation peut favoriser la participation du public à la planification de la santé et à la politique publique favorisant la santé. Enfin, comme Pannenborg (1985) nous le rappelle, la décentralisation fait pointer un risque de

distribution inéquitable des services et, en conséquence, d'une multiplication ou d'une exacerbation des inégalités dues à des injustices sociales.

Conflits et collaboration interorganisationnels

Si l'on veut inscrire explicitement la santé au programme des responsables des politiques dans des domaines qui, jusqu'à présent, ne s'occupaient pas de la santé, il faut faire appel à la collaboration; par ailleurs, ces efforts généreront, presque à coup sûr, des conflits entre organismes et à l'intérieur de chacun. Le champ relativement nouveau des relations interorganisationnelles (DiStefano, 1984) semble être une bonne source de matériel aussi bien sur les conflits que sur la collaboration entre organismes, bien que certains théoriciens se prononcent contre les distinctions établies dans la littérature entre les secteurs intra et inter-organisationnels (voir Fombrun, 1986). Les paragraphes qui suivent traitent brièvement de diverses facettes des conflits et de la collaboration entre organismes.

Bien que les conflits puissent être une source de problèmes, des notions innovatrices en gestion des conflits sont explorées et appliquées (Gray et Hay, 1986; Mueller, 1984), et certaines données permettent de penser que les conflits sont un bon moyen de lutter contre l'inertie et la complaisance (Rahim, 1985). Rahim (1985:81) soutient que les conflits, qu'il définit comme un "état interactif" se manifestant par un désaccord, un différend ou une incompatibilité entre des personnes ou des groupes, peuvent revêtir un caractère fonctionnel à l'intérieur d'un organisme, a fortiori si les personnes concernées essaient de les gérer, et non de les résoudre. Qu'il soit possible d'appliquer cette proposition à la sphère organisationnelle complexe de la politique publique favorisant la santé, voilà qui reste à déterminer; toutefois, l'idée qu'avance cet auteur quand il affirme qu'on peut gérer des conflits par un diagnostic valable et une intervention pertinente (touchant les personnes ou les groupes, les rapports interpersonnels ou intergroupes), ainsi que par des stratégies appropriées, laisse supposer qu'il serait indiqué de poursuivre les recherches sur cette question.

Dans la foulée des travaux de Trist (1977, 1983), Gray explique clairement les raisons pour lesquelles la politique publique favorisant la santé est le type de secteur à l'intérieur duquel la collaboration est indiquée. Cette auteure (1985) soutient que la collaboration est chose souhaitable quand on se heurte à un problème qui se présente comme un tout "indivisible" (Aldrich, 1976), c'est-à-dire dans les situations trop complexes pour qu'un seul organisme puisse, isolément, trouver la solution. La collaboration est favorisée quand les méthodes d'opposition traditionnellement employées pour la résolution des problèmes, telles que la mise en litige, sont trop limitées pour qu'il soit possible de résoudre le problème à la satisfaction des parties concernées ainsi que dans les cas de perturbation dans le milieu. (traduction) "Il y a perturbation quand de grands organismes concurrents, poursuivant des activités diverses de façon indépendante, créent, sans le vouloir, des situations dissonantes et pour eux-mêmes et pour d'autres" (Gray, 1985:912). La collaboration est également nécessaire entre organismes interdépendants quand les stratégies d'un organisme sont tributaires des actions d'un autre (Tjosvold, 1986). Enfin, Gray soutient que les organismes accroissent leurs chances de résoudre un problème s'ils s'efforcent ensemble de le conceptualiser et de modeler des solutions au niveau du "milieu", mot qu'il emploie dans le sens défini par Trist (1983), c'est-à-dire au sens d'un groupe d'acteurs réunis par un problème ou des intérêts communs. La politique publique favorisant la santé peut donc, sur le plan conceptuel, être associée à un milieu réunissant des intervenants des secteurs du logement, de l'éducation, de l'agriculture, des transports, etc. Prenant ces bases théoriques comme appui, Gray propose un ensemble de conditions susceptibles de favoriser la collaboration entre organismes.

Pour Gray, la collaboration est un processus en trois phases: détermination du problème, définition de l'orientation et création d'une structure. (traduction) "Une collaboration réussie. . . requiert l'interaction simultanée de plusieurs conditions à la phase appropriée du processus" (Gray, 1985:932).

La détermination du problème est la phase au cours de laquelle les intéressés, à l'intérieur d'un milieu, se manifestent et reconnaissent mutuellement le problème qui les réunit. (Gray ne définit pas d'une façon explicite le terme "intéressé", mais elle laisse entendre que ce terme désigne quiconque a une "part" légitime dans une affaire. Cette définition soulève la question de ce qu'on doit considérer comme une part ou un intérêt légitime, question que Gray traite plus directement.) La détermination du problème devient plus facile une fois qu'on a décelé les intéressés à l'intérieur d'un milieu, en prenant soin de garder à l'esprit que le groupe choisi doit refléter le problème dans sa complexité (en d'autres termes, ce groupe doit inclure suffisamment de gens pour qu'on puisse être sûr que tous les points de vue sur la question examinée sont représentés). La détermination du problème devient encore plus facile quand les intéressés s'attendent à ce que les avantages de la collaboration fassent plus que compenser les coûts, qu'ils reconnaissent leur interdépendance, qu'ils se perçoivent les uns les autres comme ayant tous un intérêt légitime à défendre vis-à-vis du problème examiné, et que l'instigateur de l'initiative de collaboration possède l'autorité légitime voulue pour convier les autres à discuter.

Une fois le problème déterminé, les intéressés s'attaquent à la détermination de l'orientation. Au cours de cette phase, ils s'entendent sur les valeurs qui guident leurs actions et leurs décisions. Cette phase est facilitée si les valeurs des participants sont les mêmes et si le pouvoir est réparti parmi eux.

La création d'une structure, troisième phase du processus de collaboration, est l'étape au cours de laquelle un mécanisme est établi en vue de régler les activités de collaboration. Cette dernière phase, que Gray décrit comme dynamique plutôt que statique, est facilitée lorsque les intéressés voient leur interdépendance comme essentielle à la réalisation de leurs plans. Cette phase est aussi facilitée quand la collaboration est volontaire, et non imposée; que le pouvoir a constamment été réparti parmi les intéressés suivant des modalités jugées acceptables par tous; que les intéressés sont physiquement près les uns des autres; et que les facteurs de l'environnement extérieurs au milieu requièrent une gestion et une action continues pour que les intéressés réalisent les objectifs visés. Cette dernière condition peut inclure les cas où, par exemple, il faut organiser des pressions ou une coalition en vue d'orienter les activités dans le sens souhaité. Toutes ces conditions peuvent être incorporées à une stratégie de coordination intersectorielle dans le cadre de la politique publique favorisant la santé. Il peut être particulièrement utile de bien comprendre les conditions qui facilitent la collaboration quand la discussion entre les intéressés ne se limite plus aux représentants du gouvernement, mais inclut le secteur privé, le grand public, les dispensateurs de soins, ainsi que des représentants de l'étranger.

Faisabilité de la politique publique favorisant la santé

Les questions touchant la politique publique favorisant la santé explorées ci-dessus peuvent toutes être rangées sous la rubrique de la faisabilité; toutefois, comme le souligne Milio (1987a), d'autres questions sont inhérentes à celle de la faisabilité.

> (traduction) La "faisabilité" présente, il va sans dire, plusieurs facettes: d'ordre économique (est-ce au-dessus de nos moyens?); politique (aura-t-on l'appui des circonscriptions clés?); administratif (peut-on organiser les choses de façon efficace?). Ces facettes sont interreliées: ce qui est faisable politiquement est souvent, de quelque façon, considéré comme abordable et applicable, et, inversement, une politique jugée coûteuse ou complexe n'obtient pas facilement l'appui politique requis. La faisabilité ne va pas de soi. C'est une question de perception, de moment opportun et de pertinence par rapport à d'autres problèmes, aux priorités et aux changements dans le "climat" social. En d'autres termes, la faisabilité de la politique publique favorisant la santé peut être favorisée à l'intérieur de chaque pays, ce qui nécessite, par contre, une planification stratégique fondée sur une vision perspicace des réalités nationales (Milio, 1987a:3).

En résumé, Milio (1987a, 1987b) laisse entendre que la question actuellement au coeur de la politique publique favorisant la santé est celle des moyens à prendre pour qu'il soit plus facile d'inscrire les critères influant sur la santé au programme des responsables de l'élaboration des politiques qui, jusque-là, n'ont pas vu la santé comme un domaine de leur ressort. À cette fin, il faudra peut-être que nombre d'intéressés jouent de nouveaux rôles - il faudra peut-être, notamment, que des personnes qui n'étaient pas auparavant considérées comme des intéressés dans le secteur de la santé soient vues comme telles.

RÔLES DES INTÉRESSÉS DANS LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Cette section souligne quelques-uns des rôles que peuvent jouer les divers intéressés dans la politique publique favorisant la santé. Les intéressés clés à cet égard incluent les représentants du secteur public, du secteur privé, des services de prestation de soins de santé, des associations bénévoles, des universités, des organes d'information, ainsi que du grand public.

Gouvernement

Comme nous le signalions dès le départ, Milio (1986a) se prononce en faveur des politiques publiques qui favorisent la santé, parce que ces dernières modèlent l'environnement à l'intérieur duquel les organismes fonctionnent et les personnes vivent. Comme la politique publique constitue en conséquence une variable importante parmi les déterminants de la santé, Milio soutient que l'impact de la politique publique sur la santé devrait faire l'objet d'un examen particulier. Le rôle du gouvernement est ainsi (traduction) "de veiller à ce que les personnes et les organismes aient véritablement la possibilité de faire des choix entre des options qui favorisent la santé et d'autres qui nuisent à la santé" (Milio, 1986a:6). Ce point de vue est repris par Hancock (1987), Macpherson (1987) et l'Organisation mondiale de la Santé (*Les buts de la santé pour tous*, 1985), notamment.

Étant donné ce rôle général dévolue au gouvernement, l'OMS (1985) soutient qu'il importe d'obtenir des preuves de la volonté politique de rehausser le profil des questions touchant la santé et d'améliorer l'environnement. Il serait souhaitable que les gouvernements jouent manifestement un rôle de leader dans les changements requis pour que la politique

publique favorisant la santé soit rangée au rang des priorités (*Les buts de la santé pour tous*, 1985).

À l'intérieur du rôle qu'a le gouvernement de veiller à ce que des options qui favorisent la santé existent, le rôle dévolu au ministre de la Santé a fait l'objet de beaucoup de discussions (voir Milio, 1986c). Bon nombre des documents importants cités au chaptire 2 traitent notamment du rôle du ministre de la Santé dans la mise en place d'une politique publique favorisant la santé (notamment dans *La santé en Ontario: vers une orientation commune*, 1987). De façon générale, il est recommandé dans ces documents que le ministre de la Santé soit l'instigateur d'un dialogue sur la politique publique favorisant la santé (*Les buts de la santé pour tous*, 1985). Il est aussi proposé que le ministre de la Santé se fasse le défenseur des questions relatives à la santé à l'intérieur de la bureaucratie gouvernementale et sur la scène politique. Le ministre de la Santé peut aussi promouvoir le dialogue à l'échelle communautaire sur les questions touchant la santé, encourager la recherche dans les domaines pouvant étayer la mise en place de la politique publique favorisant la santé et se faire l'avocat de la création de comités consultatifs intersectoriels à l'intérieur des ailes bureaucratiques et politiques du gouvernement (Milio, 1986c).

Pour décrire sommairement la place prioritaire que doit occuper, pour le gouvernement, l'élaboration d'une politique publique favorisant la santé, Milio (1987a:15) parle de "mise en place des moyens". Cette expression renvoie au développement de nouvelles aptitudes en matière d'analyse, d'éducation et de collaboration, ainsi qu'à l'édification d'infrastructures permettant la collaboration. La politique publique favorisant la santé requiert que les hommes politiques et les bureaucrates, tant les uns que les autres, passent graduellement d'une vision étroite des choses centrée sur les intérêts sectoriels à une vision plus large, englobant les facteurs qui influent sur la santé. Enfin, Milio (1987a) soutient que la mise en oeuvre de politiques publiques favorisant la santé requiert une réaffectation des ressources stratégiques (argent, personnel).

Relations fédérales-provinciales

Au Canada, le rôle du gouvernement est circonscrit par une répartition constitutionnelle des compétences touchant les soins de santé, entre les instances fédérales et provinciales. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde, 1974) examine de front cette question. Selon ce rapport, en dépit du fait que la prestation des soins de santé relève directement des provinces, l'élargissement de la définition de la santé, qui va de pair avec l'adoption d'une conception globale de la santé, justifie une extension du rôle du gouvernement fédéral au-delà de la sphère où il est resté confiné jusqu'ici. Cette extension du rôle du gouvernement fédéral se justifie du fait que les problèmes de santé ne connaissent pas de frontières provinciales et que les questions qui se posent à l'échelon national méritent d'être traitées par le gouvernement fédéral, avec l'aide et l'apport des provinces :

> Cette conception (globale de la santé) n'englobe pas les questions de compétences qui, bien qu'importantes pour les gouvernements, ne constituent pas la principale préoccupation des Canadiens lorsque leur santé est mise en cause. Elle détermine les exigences sanitaires sans tenir compte des subtilités sur le plan des délimitations professionnelles ou sectorielles, et polarise son attention sur les facteurs clés relatifs à la santé publique (Lalonde, 1974:67).

La biologie humaine, l'environnement et les habitudes de vie sont, d'affirmer les auteurs du Rapport, des questions qui revêtent un caractère national, en dépit du fait que l'organisation des soins médicaux relève des provinces. Dans l'essentiel, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* impartit au gouvernement fédéral un rôle de leader.

L'extension du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé, décrite dans le Rapport Lalonde, ne s'est pas matérialisée. Toutefois, les ententes financières entre les instances fédérales et provinciales ont subi d'importants changements, par la voie, tout d'abord, de modifications apportées aux subventions globales sur lesquelles s'étaient entendus les gouvernements fédéral et provinciaux en 1977 et, plus récemment, au moyen de la Loi canadienne sur la santé de 1984. Il n'en demeure pas moins que le gouvernement fédéral est un acteur sur la scène de la santé et qu'il y joue un rôle prépondérant, comme en fait foi la mise au point du plan d'ensemble intitulé *La santé pour tous* (1986). Néanmoins, les problèmes auxquels s'est heurtée la mise en application de *Nouvelle perspective* peuvent aussi entraver la mise en oeuvre de *La santé pour tous*.

Selon Evans (1982), *Nouvelle perspective* ne s'est pas traduit par des changements importants dans les soins de santé dispensés au Canada, parce que ce rapport laissait la porte ouverte à de nombreuses interprétations par les groupes d'intérêts concernés, à savoir : le gouvernement, les dispensateurs de soins et le secteur privé. Ces interprétations diverses, soutient Evans, ont été à la source d'un conflit qu'il n'a pas été facile de régler politiquement. Hancock (1986a) est d'avis, pour sa part, que le problème de la répartition des pouvoirs entre les instances fédérales et provinciales a gravement fait entrave à la mise en application de *Nouvelle perspective*. Bien que la question de compétences soit traitée dans ce document, aucun mécanisme n'y est prévu en vue de régler le conflit, et aucun n'a été mis en place subséquemment.

Secteur privé

Le rôle du secteur privé dans l'établissement d'une politique publique favorisant la santé est un sujet peu examiné dans la littérature. Cela tient peut-être au fait que le gouvernement est perçu comme l'entité de qui relève cette responsabilité et qui doit donner le coup d'envoi requis. Quoi qu'il en soit, le secteur privé influence les choix des consommateurs en matière de nourriture, de logement, de transport, etc. par les lignes de conduite qu'adoptent les organismes qu'il regroupe, ainsi que par la nature des produits et services qu'il offre (ou n'offre pas). Dans certains cas, comme dans celui de l'industrie du tabac, sont mis en marché des produits dont on sait néfastes à la santé. Des expériences menées un peu partout dans le monde montrent que l'industrie du tabac fait obstacle aux efforts visant à lutter contre la consommation des produits du tabac (Leppo et Vertio, 1986; Calnan, 1984; Popham, 1981; Harrison et Tether, 1987).

De plus, le secteur privé est le principal employeur dans la majorité des pays de l'Ouest, en qualité de quoi il participe aux discussions touchant la qualité de la vie ainsi que la santé et la sécurité au travail. Enfin, le secteur privé est, à certains égards, à la source de graves menaces qui pèsent sur l'environnement, d'où il appert qu'il a des responsabilités à relever relativement aux conséquences, sur la santé, de ses activités. Étant donné ces facteurs, le secteur privé est un partenaire avec lequel il faut compter dans l'élaboration de la politique publique favorisant la santé.

Dispensateurs de soins

Il s'est écrit beaucoup de choses sur le rôle des professionnels de la santé dans la promotion de la santé (Wilkins et Hoey, 1985; Jaffe, 1986; Squires, 1987; Terris, 1987; Roemer, 1984; Fowler; 1985). La plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet favorisent l'adoption d'attitudes davantage axées sur la prévention dans l'exercice de leur profession particulière, ou soutiennent que les compétences ou la formation propre aux membres d'un groupe professionnel donné témoignent de l'importance de la contribution qui leur incombe à l'égard de la promotion de la santé. Toutefois, certains auteurs craignent que la médicalisation ou la professionnalisation de la promotion de la santé soient incompatibles avec la promotion de la santé conçue comme (traduction) "le processus visant à permettre aux gens de prendre en main leur santé et de l'amé-liorer" (*Health Promotion : Concept and Principles*, 1986:4, *Vienna Dia-logue*, 1987). Quoi qu'il en soit, les professionnels de la santé sont, à n'en pas douter, un important groupe d'intéressés qui ont un rôle à jouer dans la politique publique favorisant la santé et ce, en dépit du fait qu'il se soit écrit peu de choses sur la question précise du rôle des dispensateurs de soins dans la politique publique favorisant la santé.

Hancock (1985a:13), a, pour sa part, avancé que la politique publique favorisant la santé se traduira dans le futur par une réduction de l'importance du rôle des professionnels de la santé :

> (traduction) Si le système de santé ne compte pas parmi les principaux déterminants de la santé, si notre médecine de haute technologie entraîne des problèmes et coûte plus cher que nous ne pouvons nous le permettre, et si, enfin, l'on doit encourager les personnes et les collectivités à relever des responsabilités à l'égard de la santé, il est alors évident que nous avons besoin de moins de professionnels de la santé en général et, plus particulièrement, de moins de spécialistes.

À certains égards, le rôle des professionnels de la santé sera vraisemblablement davantage axé sur l'enseignement des moyens permettant aux gens de se soigner eux-mêmes, et sur la prévention, plutôt que sur les traitements (Hancock, 1982). Enfin, Hancock (1982) est d'avis que le réseau des établissements de soins devrait compter une plus forte proportion de centres de santé communautaire et de services de consultation externe et de soins à domicile; une telle orientation ne va pas sans modifications majeures du milieu de travail de nombreux professionnels de la santé.

Milio (1986c:129) souligne que les services de santé ne peuvent, seuls, (traduction) "réaliser l'objectif d'égaliser les chances sur le plan de la santé" et, en conséquence, que les professionnels de ces services devront travailler de concert avec ceux d'autres secteurs de la société en vue de l'amélioration de la santé. La proposition de Milio suppose qu'il faudra, dans la formation des professionnels de la santé, mettre l'accent sur la collaboration dans le travail et dans la recherche de solutions aux problèmes.

Quel que soit le modèle conçu pour la prestation des services de santé, les dispensateurs de soins ont un rôle important à jouer lorsqu'il s'agit de déterminer la forme de ce modèle et de formuler les politiques de la santé, et ce à titre de conseillers, d'experts-conseils et de dispensateurs de soins. Jusqu'à maintenant, à peu près toutes les recommandations touchant la création de groupes de travail et de comités consultatifs intersectoriels reconnaissent ce rôle (*La santé en Ontario : vers une orientation commune*, 1987).

Associations bénévoles

Certaines associations bénévoles, telles que l'Association canadienne de santé publique (ACSP) et ses filiales provinciales, ont déjà fait savoir qu'elles sont intéressées à participer à la mise au point de politiques publiques favorisant la santé au Canada. Ainsi, l'ACSP a, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé et Santé et

Bien-être social Canada, parrainé la Conférence internationale sur la promotion de la santé dans les pays industrialisés, tenue en 1986. C'est, de plus, sous les auspices de cette association qu'a été publié au Canada l'important travail de Milio (1986a) sur la politique publique favorisant la santé; enfin, l'ACSP a, en 1985, préparé un document de travail en vue de doter le Canada d'objectifs et de stratégies de santé. Il n'est sans doute pas surprenant que les intervenants de la santé publique croient au bien-fondé de la politique publique favorisant la santé et soient intéressés à participer à l'élaboration d'une telle politique, étant donné que la santé publique occupe depuis longtemps une place dans les secteurs autres que celui de la santé. En outre, l'OMS s'est dite d'avis que les associations de santé publique et les professionnels de ce secteur devraient se faire les défenseurs de la promotion de la santé et de la politique publique favorisant la santé (Tejada-de-Rivero, 1984; Vuori, 1985).

En plus des associations de santé publique, d'autres organismes non gouvernementaux ont un rôle à jouer à l'égard de la politique publique favorisant la santé, à titre de représentants des collectivités et des groupes d'intérêts (White, 1986) Certains groupes, tel le *Paradigm Health* de l'Ontario, ont déjà déployé des efforts en vue d'obtenir que la politique publique soit modelée suivant une optique de promotion de la santé (*A Vision for a Healthy Ontario,* 1986). Un groupe de travail de l'Association médicale canadienne a réuni de l'information sur la façon dont les usagers du système de santé envisagent les réformes requises, information publiée récemment sous la forme d'un rapport (*Health : A Need for Redirection*, 1984). Ce genre d'initiative montre l'intérêt que portent les associations professionnelles et les groupes de bénévoles à la direction que prendra le Canada dans le domaine de la santé.

Universités et collèges

À l'égard de la politique publique favorisant la santé, les maisons d'enseignement ont pour tâche de fournir une formation touchant les théories et les aptitudes nécessaires à la mise en oeuvre de programmes multisectoriels, ainsi qu'un soutien fondé sur des recherches. Dans la région de Mersey, en Angleterre, les activités de promotion de la santé sont rattachées au département de médecine communautaire de l'Université de Liverpool (Ashton, Seymour, Ingledew, Ireland, Hopley, Parry, Ryan et Holbourn, 1986). Plus particulièrement, l'université participe, en qualité de centre de ressources, à la coordination du projet de l'OMS "Vers des villes saines". À ce titre, l'université fournit et diffuse de l'information. Comme nous l'avons déjà signalé, les universités et collèges jouent aussi un rôle important de formation et d'enseignement auprès des professionnels de la santé. Enfin, comme elles sont le haut lieu de la recherche, les universités assument des fonctions importantes en qualité d'organe de soutien des stratégies requises aux fins de la politique publique favorisant la santé.

Organes d'information

Les médias ne sont pas seulement un mode de transmission des opinions des groupes d'intérêts, mais aussi des entités qui présentent, en et par elles-mêmes, un intérêt. Milio (1981:733) souligne que les organes d'information ont tendance à recourir à des simplifications sommaires et à verser dans le sensationnalisme, avec pour résultat que des questions complexes sont présentées au public sous un jour erroné. La télématique est un autre facteur avec lequel il faudra compter, puisque les nouvelles technologies désignées par ce terme permettront de diffuser de l'information en matière de santé et que leur utilisation aura un impact sur la santé (Milio, 1985b).

Grand public

Hancock (1987a) estime que c'est à l'échelon local, par la voie des associations de quartier ou des groupes communautaires, par exemple, que les citoyens sont le plus susceptibles de participer directement à la politique publique favorisant la santé. Selon cet auteur, une fois que le débat quitte l'échelon local, la participation de citoyens devient plus limitée et ces derniers doivent s'en remettre à divers groupes pouvant les représenter pour exprimer leurs vues aux responsables des politiques. Ainsi, les gens peuvent faire connaître leur point de vue par des contributions financières ou du travail bénévole pour le compte d'associations et d'organismes dont ils endossent les politiques et les objectifs, ainsi qu'en élisant les représentants de leur choix à tous les paliers du gouvernement.

Milio (1986c:130) est d'avis que dans le contexte de la politique publique favorisant la santé (traduction) "il est de la responsabilité de chacun de s'informer et de participer, ainsi que d'adopter au besoin de nouvelles façons de faire que l'action collective puisse encourager". En d'autres termes, Milio (1987a, 1987b) souhaite que les groupes développent leur capacité d'action et qu'ils veillent, notamment, à assurer l'acquisition d'aptitudes et la mise en place de ressources en vue de faciliter la participation au processus d'élaboration des politiques.

EXPÉRIENCES EN COORDINATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Un ensemble de plus en plus imposant de documents décrivent et, dans une certaine mesure, analysent des exemples de politiques publiques favorisant la santé adoptées par différents gouvernements (Ziglio, 1986b; Moran, 1986; Seymour, Ashton et Edwards, 1986). Là encore, Milio (1987a:4)

décrit ces tentatives d'action intersectorielle dans le secteur de la santé comme de "timides débuts". Il est à espérer qu'un examen des expériences tentées par d'autres gouvernements facilitera la mise en oeuvre d'une politique publique favorisant la santé au Canada, en dépit du fait, comme nous le rappelle Ashford (1984), que l'expérience d'un pays, telle qu'on peut la percevoir à partir d'analyses politiques sommaires, se prête difficilement à des généralisations applicables à un autre pays.

Actuellement, ce sont les pays scandinaves, et plus particulièrement la Norvège, qui font l'objet de la documentation la plus riche au sujet de ce genre d'initiatives (Ziglio, 1986b; Milio, 1981, 1987a; Klepp et Forster, 1985). On trouve de la documentation sur des efforts déployés de l'échelon local à l'échelon national. Par contre, il ne semble pas que des initiatives vraiment internationales (auxquelles plus d'un pays participent) soient en cours. Néanmoins, *Les buts de la santé pour tous* (1985) contient des recommandations en ce sens. Les mécanismes que prévoient la plupart de ces initiatives incluent la création de comités intersectoriels, aux niveaux politique et bureaucratique, comme moyen de faciliter la communication intersectorielle et l'élaboration d'une politique.

S'inspirant d'une enquête internationale approfondie sur les politiques publiques favorisant la santé, Milio (1987a) propose une typologie utile des variables caractérisant l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé. Cette auteure affirme que trois approches ont servi à l'introduction d'une telle politique : l'approche axée sur la détermination d'objectifs, l'approche des structures de planification de la politique et l'approche de la planification participative. Les approches fondées sur la détermination d'objectifs mettent l'accent sur un aspect précis de la politique publique, ou sur une maladie ou un problème particulier sur lesquels il est possible d'agir par la voie d'une politique publique; on peut citer ici, en guise d'exemples, les programmes de lutte contre le tabagisme (Leppo et Vertio, 1986) et la politique de promotion des aliments de la ferme dans l'alimentation adoptée par la Norvège (Milio, 1981).

Les approches fondées sur les structures de planification supposent la mise au point d'un nouveau mécanisme d'élaboration des politiques en vue de faciliter la conception de politiques intersectorielles. Normalement, ces mécanismes empruntent la forme de comités consultatifs intersectoriels ou de comités de prise de décisions qui favorisent la collaboration entre les personnes ou groupes ayant un rôle à jouer dans le processus d'élaboration des politiques. Beaucoup d'auteurs se prononcent en faveur de ces approches (*Les buts de la santé pour tous*, 1985).

Le troisième type d'approche sous-entend la mise au point de mécanismes permettant la participation de la population à l'élaboration des politiques. Milio (1987a) laisse entendre que cette approche a été utilisée avec succès en Australie dans le cadre de la révision et de l'amélioration des politiques intersectorielles visant les femmes.

Les trois approches que comprend cette typologie ne s'excluent pas les unes les autres; nombre des études de cas décrites dans la littérature incorporent des éléments de chacune de ces stratégies. Quoi qu'il en soit, cette typologie a pour objet de souligner différentes orientations adoptées dans des endroits et des cadres politiques différents. Ce genre d'exercice peut aider à mieux comprendre les conditions qui facilitent l'élaboration de politiques publiques favorisant la santé.

Initiatives nationales

La politique de promotion des aliments de la ferme dans l'alimentation adoptée par la Norvège est sans doute, de toutes les politiques intersectorielles favorisant la santé qui existent dans le monde, celle qui a été le plus étudiée (Milio, 1981, 1987a; Hancock, 1987c; Klepp et Forster, 1985; Ziglio, 1986b). La mise en oeuvre de cette politique, lancée en 1975, a nécessité la création d'un nouveau mécanisme intersectoriel englobant autant les bureaucrates que les représentants élus. Au niveau politique, un conseil interministériel de coordination comprenant neuf membres, choisis parmi le personnel de la direction de la santé, a été créé. Ce groupe est appuyé par le conseil national de l'alimentation qui a fait l'objet d'une réorganisation; ce groupe, formé de spécialistes en la matière, agit en qualité d'organisme conseil et de centre de formation (Ziglio, 1986b). De plus, les instituts nationaux de recherche, qui sont aussi une source de soutien pour le groupe, participent au processus continu de mise en oeuvre de la politique, et le groupe, par l'entremise de divers ministères, maintient un contact officiel avec un éventail d'associations de consommateurs, d'organismes communautaires et d'organismes du secteur de l'agriculture. La politique en matière d'alimentation a pour objet d'améliorer les habitudes alimentaires des Norvégiens, d'augmenter la production alimentaire nationale et la consommation des produits nationaux, de promouvoir l'autosuffisance alimentaire, de favoriser le développement économique rural et de formuler une politique en matière d'alimentation qui soit conforme aux recommandations de la Conférence mondiale sur l'alimentation de 1974 (Ziglio, 1986b). La modification des habitudes alimentaires s'est appuyée sur des changements dans les subventions accordées tant aux consommateurs qu'aux producteurs relativement à divers produits alimentaires (Ziglio 1986b). L'autosuffisance et le développement régional ont été encouragés par des quotas, des primes à la production et des subventions aux investissements (Ziglio, 1986b) Bien qu'il ne soit

pas certain que la Norvège atteigne ses objectifs dans ce domaine d'ici 1990, soit l'échéance prévue (Milio, 1987a), il est clair que certaines habitudes alimentaires (la consommation de gras saturés, par exemple) ont changé dans le sens souhaité et que l'on avance dans la réalisation de divers objectifs (Ziglio, 1986b).

La Suède a adopté une approche fondée sur la détermination d'objectifs dans le cadre de sa loi sur le milieu de travail, qui s'appuie sur une vision globale de la santé et de la sécurité au travail. Cette vision va au-delà des services éducatifs et cliniques pour englober des questions telles que les heures de travail, l'organisation du travail et les effets du travail à la pièce sur la santé et la sécurité (Milio, 1987a) L'application de cette loi nécessite la participation de comités mixtes patronaux-syndicaux, la désignation, par élection, de représentants chargés des questions de sécurité et l'affectation de fonds à des activités de formation, de recherche et d'évaluation du processus de prise de décisions ainsi que des problèmes qui se posent dans le milieu de travail. Ces activités sont financées par l'application d'une taxe déduite à la source et administrée à même un fonds national pour les milieux de travail (Milio, 1987a).

La Finlande a adopté une approche fondée sur la détermination d'objectifs dans sa lutte contre le chômage. Malkas (1985) signale que le ministère du Travail a pris en considération différents critères touchant la santé dans sa planification de programmes visant à éliminer le chômage chez les jeunes dans les années 70. Toutefois, la santé a apparemment cessé d'occuper une place aussi prioritaire dans les années 80, période plus difficile sur le plan économique.

Milio (1987) indique que la Suède, le Canada et l'Irlande ont adopté des approches fondées sur les structures de planification de la politique. En plus de ses programmes axés sur la détermination d'objectifs dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, la Suède s'est dotée d'une nouvelle politique globale en matière de santé (*Health in Sweden*, 1982). Cette nouvelle politique prévoit la création d'un conseil intersectoriel de la santé qui réunira les ministres responsables du logement, de la planification matérielle, de la main-d'oeuvre, de l'administration publique, des finances, de l'agriculture, des transports et des communications; ce conseil sera desservi par un personnel d'experts-conseils (Milio, 1987a). Comme dans le cas de la Norvège et de sa politique en matière d'alimentation, un groupe intersectoriel complémentaire, soit la division de l'éducation sanitaire du Conseil national de la santé et du bien-être social, est chargé, au sein de la bureaucratie, d'organiser des activités intersecto-rielles, en collaboration avec d'autres conseils nationaux et des représentants élus des comtés et des municipalités. Par ailleurs, la division de l'éducation sanitaire prête main-forte aux organismes non gouvernementaux et se charge des activités de planification, de recherche et d'évaluation entourant la promotion de la santé. En fin de compte, les autorités sanitaires locales, qui relèvent des représentants élus formant le conseil local du gouvernement, mèneront des activités sanitaires intersectorielles.

Au Canada, des initiatives récentes, d'envergure nationale, sont de bons exemples de politique publique favorisant la santé fondée sur la détermination d'objectifs, au sens où Milio l'entend. En 1987, les ministres de la Santé, de la Justice et du Travail, ainsi que le Secrétaire du Conseil du Trésor, ont annoncé une politique touchant le tabac, qui viendrait renforcer le programme de prévention existant en augmentant les efforts déployés pour diminuer le nombre des fumeurs et en introduisant une nouvelle stratégie fondée sur l'adoption d'une loi, soit la Loi réglementant les produits du tabac (*Document d'orientation du Programme national de lutte contre le tabagisme au Canada*, 1987). La même année, les ministres de la Santé, de la Justice et des Transports annonçaient la création du Programme national pour combattre la conduite avec facultés affaiblies. Une vaste campagne de consultation communautaire avait précédé cette initiative (Rootman, 1987). Toujours en 1987, on annonçait le lancement d'une stratégie fédérale-provinciale sur les drogues, appelée *Action contre les drogues*, à laquelle participaient onze ministres du gouvernement fédéral. Ce programme a été mis au point après la tenue de consultations, d'un bout à l'autre du pays, à l'échelon communautaire. Le programme en question englobe un grand nombre d'aspects : il touche l'alcool et les médicaments de prescription, ainsi que les drogues illicites, et incorpore des objectifs de prévention, de traitement, de contrôle et d'application de la loi (Rootman, 1987). Bien qu'il s'agisse là, sans conteste, d'initiatives multisectorielles, les problèmes de santé visés ne sont pas nouveaux. Si l'on considère ces initiatives comme des exemples de politique publique favorisant la santé, c'est parce qu'elles se fondent sur des approches innovatrices, qui prévoient des consultations multisectorielles et communautaires. De plus, le Canada a acquis passablement d'expérience dans le domaine des rapports entre paliers de gouvernement (on pense ici aux programmes fédéraux-provinciaux, ainsi qu'aux efforts de coordination et de consultation entre ces instances) (Rootman, 1987); d'autres pays ayant un système fédéral de gouvernement devraient pouvoir s'inspirer de l'expérience canadienne.

En Irlande, un groupe pluridisciplinaire a été chargé par le ministre de la Santé de faire des recommandations sur la mise au point d'une stratégie de promotion de la santé (Milio, 1987a). Ce groupe réunissait des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et du Bureau de l'éducation sanitaire, qui ont fait appel à des personnes ressources des secteurs de

la santé et de l'éducation, et qui ont aussi compté sur l'appui de l'OMS.

(traduction) Le rapport final recommande non pas une politique, mais bien des "initiatives préalables",c'est-à-dire des changements institutionnels qui précéderont la mise au point d'une politique. Ce rapport recommande que le rôle du ministre et des autorités régionales en matière de santé soit élargi, de manière à englober la promotion de la santé; que soient incorporés au mandat du Bureau de l'éducation sanitaire, instance indépendante, les aspects autres que les facteurs personnels qui influent sur la santé; que soit créé un conseil intersectoriel de la promotion de la santé, formé de représentants d'intérêts publics et privés dont les activités influent sur la santé, conseil dont la dotation sera assurée par le ministère. Ce Conseil sera chargé de cerner les problèmes qui se posent dans le domaine de la santé et il sera le principal levier de l'action. Enfin, une dernière recommandation concerne l'agrandissement du réseau d'organismes chapeauté par le conseil national de la recherche en santé, conseil qui devra inclure parmi ses membres des organismes de recherche des secteurs de l'économie, de l'industrie et de l'agriculture. Ces changements organisationnels seront financés par une réaffectation des fonds disponibles, et non par une nouvelle injection de fonds.(Groupe de la promotion de la santé, 1977, dans Milio, 1987a).

Ces initiatives touchant la planification de la politique publique favorisant la santé mettent l'accent sur la création de comités interministériels et pluridisciplinaires auxquels de larges mandats sont confiés. Des représentants du monde des affaires et du milieu universitaire ont souvent été appelés à participer à ce genre d'initiatives. Le rôle important dévolu aux chercheurs dans ces nouvelles initiatives ressort aussi dans quelques-uns des exemples cités par Milio (1987a).

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, le programme national visant les femmes qui a été mis en oeuvre en Australie fournit un exemple d'approche fondée sur des structures participatives à l'égard de l'élaboration de la politique publique favorisant la santé (Milio, 1987a). Ce programme national à l'intention des femmes avait pour objet l'adoption de nouvelles dispositions budgétaires intersectorielles - création d'un budget pour les femmes - nécessitant une évaluation annuelle de la façon dont les divers ministères du Commonwealth traitent les questions touchant les femmes. De plus, ce programme a, au départ, été établi sur la base d'une vaste campagne de consultation incorporant des composantes publicitaires, des enquêtes et des réunions locales et régionales. Cette campagne a eu pour point culminant l'annonce par le Ministre d'un nouveau programme de santé à l'intention des femmes, programme conçu en accord avec la vision de la santé prônée par l'OMS et prévoyant la nomination d'une personne ressource en matière de santé des femmes, chargée de coordonner la mise en oeuvre de la nouvelle politique. Ce processus participatif a aussi servi de fondement au travail de la Commission de l'amélioration de la santé. Milio (1987a:12-13) soutient que (traduction) "grâce aux ressources consacrées à ces processus, on devrait être assuré que les politiques qui en émergent sont efficaces et pertinentes et que les changements à venir se feront à un rythme acceptable".

La Nouvelle-Zélande, aussi, a recouru à des processus participatifs dans son approche à l'égard de questions intersectorielles touchant les femmes (Milio, 1987a). Après d'intenses consultations, un ministère des affaires des femmes a vu le jour. Comme dans le cas de la santé, presque tous les ministères appliquent des politiques qui ont un impact sur les femmes. Ces modèles d'action et de participation intersectorielles sont donc utiles dans l'examen des moyens à prendre pour mettre au point des mécanismes adaptés à la politique publique favorisant la santé.

Initiatives régionales

Un certain nombre de provinces canadiennes ont manifesté de l'intérêt pour la mise en oeuvre d'activités intersectorielles dans le domaine de la santé. En Ontario, par exemple, deux importants groupes de travail du secteur de la santé publiaient récemment leur rapport (*La santé en Ontario : vers une orientation commune*, 1987; *La santé pour tout l'Ontario*, 1987), qui, tous les deux, favorisent la mise en oeuvre de stratégies intersectorielles permettant de déterminer les axes prioritaires de l'évolution de la santé dans la province. La recommandation du Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, selon laquelle un conseil du Premier ministre sur la stratégie à adopter en matière de santé devait être créé pour servir "de force d'orientation sur le plan de l'élaboration d'une stratégie claire de la santé..." (*La santé en Ontario : vers une orientation commune*, 1987:62), a été adoptée. Le conseil ainsi créé, qui réunit des représentants du gouvernement, des professionnels des soins de santé et des membres du grand public, aura pour tâche d'arrêter pour la province une stratégie cohérente dans le domaine de la santé. Il y aurait peut-être lieu, à cet égard, d'adopter les recommandations du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario, et de suivre le plan tracé en vue de donner suite aux énoncés concernant les objectifs et les cibles qui figurent dans ce rapport.

Un troisième rapport, paru à l'automne 1987 et intitulé *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario*, fournit les résultats d'un projet de

"dialogue communautaire" entrepris par le Comité consultatif du Ministre sur la promotion de la santé. Ce rapport indique que les gens voient la promotion de la santé comme un concept large, qui incorpore une vaste gamme d'initiatives favorables à la santé, allant de la réduction de la pollution à l'amélioration de l'accès aux établissements récréatifs et à l'introduction de cours d'éducation sanitaire obligatoires de la maternelle à l'école secondaire. Ce rapport souligne que la coopération intersectorielle est un élément essentiel de l'amélioration de la santé et il fournit, dans une annexe de plusieurs pages, un exemple de stratégie intersectorielle visant à promouvoir l'activité physique et l'amélioration des connaissances dans le domaine de la santé. Cette annexe inclut des propositions de mesures que pourraient prendre les ministères de la Santé, de l'Éducation, du Tourisme et des Loisirs, du Procureur général, des Collèges et Universités, ainsi que les gouvernements municipaux et l'Association d'éducation physique et sanitaire (organisme regroupant des spécialistes de l'éducation physique et de l'éducation sanitaire), et l'industrie. Le rapport laisse entendre que l'action concertée de ces divers groupes pourrait permettre d'améliorer sensiblement l'accès qu'ont les Ontariens à des services d'éducation physique, de récréation et d'éducation sanitaire.

Il n'y a pas de correspondance politique et géographique entre les régions qui composent le Royaume-Uni et les provinces qui forment le Canada. Dans le contexte britannique, les initiatives régionales relèvent d'un palier supérieur à celui des instances locales, par exemple de l'autorité régionale en matière de santé, plutôt que de l'autorité locale ou de district. Un bon nombre d'initiatives de promotion de la santé sont en voie de réalisation dans la région de Mersey en Angleterre, qui comprend la ville de Liverpool et ses environs (Ashton et coll., 1986). Nombre de ces initiatives incorporent certains des éléments essentiels de la politique publique favorisant la santé. Ainsi, au niveau organisationnel, un groupe pluridisciplinaire régional de promotion de la santé (appelé groupe directeur de gestion de la promotion de la santé) a été créé au sein de l'autorité régionale en matière de santé. Jusqu'à maintenant, (traduction) "la fonction la plus importante qu'a remplie ce groupe a été d'obtenir l'accès au large éventail de ressources dont les autorités en matière de santé disposent, et d'établir des réseaux de communication qui permettent d'influer sur l'élaboration des politiques" (Ashton et coll., 1986:175). Un poste d'agent régional de promotion de la santé a de plus été créé, initiative qui marque une première dans le Royaume-Uni. La création de ce poste a été rendue possible grâce à des fonds fournis par le conseil de l'éducation sanitaire (organisme national) et l'autorité en matière de santé de la région de Mersey. Ces initiatives organisationnelles permettent à l'autorité régionale en matière de santé de fonder son action sur une approche aussi bien "descendante" qu'"ascendante".

Pour ce qui est des activités axées sur l'approche descendante, l'autorité en matière de santé de la région de Mersey a consacré beaucoup d'énergie à l'établissement d'un programme politique, en organisant notamment une conférence sur la promotion de la santé et en publiant un rapport sur l'état de santé de la population de la région. Sur le plan des activités fondées sur l'approche ascendante, l'autorité régionale s'est employée à sensibiliser davantage le public à l'importance de la promotion de la santé.

> (traduction) Si on parvient à mobiliser le public, en le renseignant et en obtenant des changements dans les attitudes et les vues, et qu'ainsi on amène les gens à participer davantage à l'amélioration de la santé, on pourra, c'est là le souhait sous-jacent, obtenir que chacun devienne, dans un certain sens, son propre médecin. Collectivement, un tel phénomène se traduirait par une importante amélioration de la santé, puisque chacun ferait de meilleurs choix sur le plan de la santé, et qu'il serait aidé en cela par une politique publique favorable à la santé et davantage en accord avec les besoins des gens, et ce aux échelons local et national (Ashton et coll., 1986:176).

Au niveau des collectivités, deux mécanismes ont permis de sensibiliser la population, soit la tenue de foires de la santé et la transformation d'un "pub" de Liverpool en "pub" de santé publique.

Pour conclure, les auteurs reconnaissent qu'en dépit de tout ce qu'ils ont accompli, leurs efforts, parce qu'ils relevaient d'une autorité en matière de santé, se heurtaient à des limites attribuables surtout au fait que le rôle de ces autorités est depuis longtemps axé sur la gestion des hôpitaux. Ces limites n'auraient pas été là s'il s'était agi d'activités locales faites en collaboration avec le gouvernement. Si l'on en juge par ces observations, on peut croire que le réseau canadien de départements de santé publique établis à proximité des centres d'action des autorités locales est un système valable (Ashton et coll., 1986).

Aux États-Unis, les initiatives de promotion de la santé déployées à l'échelon des États sont chose de plus en plus courante. La plupart de ces initiatives entrent dans la catégorie, décrite par Milio (1987a), des approches axées sur la détermination d'objectifs. La plupart du temps, les activités ont pour objet de réduire les risques de maladies cardio-vasculaires ou de cancer. Le Minnesota (Schultz, Moen, Pechacek, Harty, Skubic, Gust et Dean, 1986) et le Vermont (Thompson, Hamrell et Coffin, 1987) sont deux États parmi d'autres qui ont adopté des stratégies

de lutte aux maladies cardio-vasculaires, fondées sur la coopération multisectorielle.

Initiatives locales

Il est possible que certains des exemples de politique publique favorisant la santé les plus évidents et les plus innovateurs soient des initiatives déployées à l'échelon local. Si l'on en juge par ce que propose Gray (1985) au sujet des conditions qui facilitent la collaboration, l'échelon local offre plusieurs avantages pour le lancement d'une activité intersectorielle. Il est sans doute plus facile de reconnaître l'interdépendance des intéressés quand la sphère d'intérêt est circonscrite physiquement et que la proximité géographique de ces personnes rend la consultation et la collaboration plus faciles. De la même façon, la concurrence pour l'obtention de ressources rares peut inciter les groupes concernés à rechercher des solutions pratiques. Mueller (1984) souligne pour sa part que les autorités locales peuvent opposer une résistance à des innovations imposées par des paliers supérieurs de gouvernement, a fortiori s'il s'agit d'innovations qui exigent des changements dans des habitudes de travail bien ancrées. Aussi est-il possible de faciliter la mise en oeuvre de politiques nationales à l'échelon local, si l'on prend soin d'examiner les pratiques et attitudes des dirigeants locaux avant de leur confier la responsabilité des politiques nationales.

Seymour, Ashton et Edwards (1986) décrivent un projet intersectoriel original créé pour la ville de Liverpool - soit un projet de musée du corps, de l'esprit et de la cité. Ce musée est la nouvelle version des musées consacrés à l'éducation sanitaire qui existent depuis 75 ans. Le musée proposé combinerait un parc du genre de ceux de Walt Disney et des expositions ayant pour thème le corps, l'esprit et la cité. On espère que ce projet stimulera l'intérêt des gens pour le corps et l'esprit humain et qu'il soulèvera leur enthousiasme. Le projet prévoit la participation des secteurs de la santé, du tourisme, de la culture et des arts de divertissement. On espère que le musée contribuera à la régénération du cadre urbain et qu'il s'autofinancera.

Moran (1986) traite, dans ses écrits, du rôle des autorités locales par rapport à la politique publique favorisant la santé, en Grande-Bretagne. Avant 1974, la santé publique relevait des autorités locales. Depuis 1974, c'est du service national de santé que relève cette responsabilité. À partir de là, l'accent a cessé d'être mis, dans le secteur de la santé publique, sur des interventions dans l'environnement physique, pour être mis plutôt sur des interventions de type médical, conformément à l'optique du service national de santé. Quoi qu'il en soit, comme Moran (1986:199) le souligne, (traduction) "par leurs pouvoirs statutaires et les services qu'elles offrent, toutes les autorités locales appliquent des politiques de promotion de la santé, que ce soit délibérément ou par défaut". Certaines autorités locales, et notamment celles de l'arrondissement de Greenwich, à Londres, ont essayé d'insuffler une nouvelle vie à leurs initiatives de santé publique et de donner plus d'ampleur à leurs activités officielles de promotion de la santé, en ne bénéficiant bien souvent que d'un personnel réduit (une personne, dans le cas de Greenwich). Moran fournit des conseils sur les structures qui doivent être mises en place pour que la revitalisation soit efficace, et ce tout particulièrement dans le contexte des restrictions que connaît actuellement la Grande-Bretagne.

(traduction) Tout d'abord, la tâche est beaucoup trop lourde pour qu'une personne, fût-elle talentueuse et énergique, l'entreprenne seule. Plutôt que d'attendre quelque réincarnation du médecin de santé publique, les autorités devraient chercher à créer davantage de mécanismes de collaboration qui permettent de regrouper des représentants des disciplines participant à l'éventail complet des activités en jeu. Un groupe d'orientation sur la stratégie en matière de santé, qui réunirait des agents supérieurs de tous les ministères, serait un bon moyen de créer le réseau requis. Les représentants choisis devraient, dans chaque cas, être les personnes spécifiquement responsables de la politique en matière de santé du ministère en cause - et veiller, par exemple, à ce que le ministère examine régulièrement l'impact sur la santé de ses activités. Ce groupe d'orientation interministériel pourrait aussi inclure des représentants de l'extérieur, et notamment du service national de santé, du secteur de la médecine communautaire et des organismes bénévoles locaux (Moran, 1986:198-199). Dans au moins deux autres arrondissements de Londres, soit Bloomsbury et Paddington/North Kensington, les autorités se sont montrées intéressées à incorporer une stratégie de promotion de la santé à leurs activités (Farrant, 1986; *Health for All - 2000 and Health Promotion*, 1986).

Dans chacun de ces arrondissements, c'est l'autorité en matière de santé du district qui a donné l'impulsion aux efforts déployés en vue de fonder les activités de promotion de la santé sur un soutien intersectoriel. Reste à voir si ce modèle permettra réellement aux autorités en matière de santé d'exercer une influence sur les instances et la bureaucratie locales, comme c'est son but, ou s'il ne serait pas plus indiqué de veiller à ce que les instances locales elles-mêmes exercent un plus grand leadership. Le recours à un comité intersectoriel chargé de revoir la politique et d'orienter les activités de l'arrondissement en matière de promotion de la santé est similaire aux initiatives prises à Toronto dans le cadre du projet "Vers des villes saines" de l'OMS. Chose certaine, l'expérience de Paddington/North Kensington a révélé qu'il était difficile de mener à bien une entreprise de

planification en matière de promotion de la santé, conçue suivant l'exemple de l'OMS, à cause (traduction) "du problème endémique que représente le manque de mécanismes efficaces permettant d'assurer une participation publique satisfaisante au processus de prise de décision du service national de santé, et du caractère complexe de la tâche consistant à évaluer les besoins définis au niveau de la collectivité" (Farrant, 1986:7). Le fait que les autorités en matière de santé et les instances locales ne soient pas des paliers de compétences voisins exacerbe les problèmes associés à la coordination de la planification et de l'action.

Le projet "Vers des villes saines" (Duhl, 1986b; Hancock et Duhl, 1986) a été inspiré à l'OMS, entre autres, par les initiatives que la ville de Toronto a lancées au cours de l'année de son 150e anniversaire. Parmi les célébrations qui ont marqué cet anniversaire, le service de santé publique a tenu une conférence sur la politique publique favorisant la santé - conférence qui s'intitulait "Beyond Health Care". Cette conférence a largement stimulé l'activité internationale associée à la politique publique favorisant la santé et à la création de villes saines (Ashton, Grey et Barnard, 1986). Pour l'instant, un sous-comité du conseil de santé de la ville de Toronto a préparé et publié un document intitulé *Healthy Toronto 2000* (1987), qui a pour objet de susciter l'intérêt et l'action en vue de faire de Toronto une ville saine. Récemment, un comité intersectoriel de la ville appelé "Committee of Heads", a endossé le projet. Une autre initiative locale ayant des implications intersectorielles a été lancée à Toronto. Il s'agit de la création du tout nouveau bureau de la protection de l'environnement (Macpherson, 1987; *City of Toronto Department of Public Health Memorandum*, 1987). Un groupe de travail interministériel a participé à l'élaboration d'une proposition en vue de la création de ce bureau, lequel relève du service de santé publique. La principale fonction de ce bureau est (traduction) "de fournir des services d'enquête et de recherche touchant l'environnement au conseil de santé, au conseil municipal, aux comités permanents de la ville, aux services de la ville chargés de l'administration des programmes relatifs à l'environnement ou de l'application de la loi, ainsi qu'à d'autres groupes et personnes, y compris au grand public" (*City of Toronto Department of Public Health Memorandum*, 1987). La création de ce bureau illustre la façon dont les départements peuvent collaborer à la réalisation d'objectifs communs et à la revitalisation de l'intérêt et de l'activité dans le domaine de la santé publique.

Haughton (1987) décrit une autre initiative intéressante de politique publique favorisant la santé, mise en oeuvre dans un certain nombre de villes américaines. Des politiques locales en matière d'alimentation sont adoptées en vue

> (traduction) . . . d'orienter la prise de décisions à chaque jalon de la filière alimentaire, depuis l'environnement, comme source première, jusqu'aux établissements de production et de traitement, aux services de distribution, de transport et de marketing, et aux consommateurs, qui achètent et préparent les aliments, pour finalement les consommer et agir ainsi sur leur santé et leur bien-être (Haughton, 1987:181).

À Knoxville, au Tennessee, l'élaboration d'une politique alimentaire a nécessité que les instances locales adoptent une résolution à cet égard, et fassent ainsi de la politique alimentaire un secteur relevant officiellement des municipalités. Subséquemment, un conseil de la politique alimentaire, réunissant un large éventail de représentants des secteurs public et privé, a été créé et chargé d'établir un plan de mise en oeuvre de la politique alimentaire municipale. Des comités consultatifs bénévoles prêtent main-forte à ce conseil. Ces comités regroupent des représentants de divers secteurs dont l'alimentation, la santé et l'industrie alimentaire. Des initiatives similaires sont en cours dans d'autres villes, notamment à Charleston (Caroline du Sud), à Kansas City (Missouri); à Philadelphie (Pennsylvanie) et à St-Paul (Minnesota) (Haughton, 1987). Il sera intéressant, au cours des prochaines années, de surveiller l'évolution de ces politiques, étant donné que l'expérience accumulée pourra être mise à contribution dans d'autres villes, voire à d'autres paliers de gouvernement.

ENTRAVES À LA COORDINATION

La coordination de la politique publique favorisant la santé se heurte, semble-t-il, à diverses entraves, telles que l'inexpérience des intéressés dans l'action multisectorielle et la résistance des groupes qui ont des intérêts de longue date à accepter, au nombre des participants au processus d'élaboration de la politique, de nouveaux groupes, tels que les personnes âgées, les chômeurs et les membres de minorités notamment. Cette dernière section explore certaines des entraves évoquées ou examinées de façon explicite dans la littérature sur la politique publique favorisant la santé.

L'une des entraves citées est le manque de volonté politique; bien sûr, de nombreux documents réclament l'exercice d'un leadership politique (*Les buts de la santé pour tous*, 1985; *La santé en Ontario : vers une orientation commune*, 1987). Rien n'indique clairement, cependant, qu'il s'agisse là d'un portrait exact de la réalité politique. Quoi qu'il en soit, il est essentiel qu'un leadership soit exercé sur l'arène politique, étant donné que des politiques fragmentaires, voire contradictoires, existent. Mais rien ne permet d'affirmer que cet état de choses soit attribuable à un manque de volonté politique. Aussi devrait-

d'affirmer que cette lacune particulière est le principal obstacle auquel se heurte la politique publique favorisant la santé.

Les conflits d'intérêt, tels ceux qui opposent l'industrie et le secteur de la santé publique, sont une autre entrave importante à la coordination de la politique publique favorisant la santé. Les efforts de collaboration entre les groupes d'intérêts concernés peuvent se trouver facilités lorsque les intéressés reconnaissent leur interdépendance (Gray, 1985). De plus, bien que la politique publique favorisant la santé n'ait pas pour objet d'aligner tous les objectifs de la société sur celui de la santé, une réelle menace de cet ordre apparaît dans le discours théorique. Il peut arriver, en dernière analyse, que la politique soit déterminée en fonction d'autres priorités sociales; la politique publique favorisant la santé a pour objet, à tout le moins, de rendre explicite l'impact sur la santé qu'ont les politiques.

La répartition des pouvoirs dans le système fédéral canadien peut aussi entraver ou compliquer l'action multisectorielle. Il importe qu'il y ait dialogue et coopération entre les instances fédérales et provinciales si l'on veut que des politiques se renforçant mutuellement soient adoptées aux divers paliers de gouvernement.

Un autre défi réside dans la nécessité de satisfaire au critère suivant lequel le public doit participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé. La mise en place de mécanismes efficaces en vue de faciliter cette participation semble ne pas avoir encore dépassé l'étape des balbutiements.

La façon dont les médias traitent les initiatives relatives à la promotion de la santé et à la politique publique favorisant la santé peut soit faciliter ou entraver la mise en oeuvre. Bien que l'influence des médias sur l'opinion publique soit discutable, il est probable que les médias jouent un rôle dans la détermination des questions à l'ordre du jour, par le biais des portraits qu'ils tracent de diverses questions et par le choix qu'ils font, au départ, des questions à traiter (Dror, 1986).

Une autre entrave à la coordination de la politique publique favorisant la santé est la tension entre l'approche "descendante" et l'approche "ascendante" à l'égard de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la politique (Bennett, 1986; Farrant, 1986; Ashton et coll. , 1986). L'une et l'autre approches, parce que toutes deux ont des répercussions sur les structures et les mécanismes que requiert la coordination, représentent un défi pour les intéressés qui veulent collaborer de façon efficace.

Enfin, (traduction) "il est souvent dit que la santé revêt trop d'importance pour être laissée au soin du ministre de la Santé" (Bennett, 1986:739). Cette version de l'argument invoqué par les tenants de la politique publique favorisant la santé, à savoir que le secteur des soins de santé ne peut, seul, relever le défi de l'équité dans le domaine de la santé, nous amène à discuter de la plus importante entrave à laquelle se heurte la coordination de la politique publique favorisant la santé - soit le comment d'une telle politique. Le manque d'expérience et de connaissances touchant la façon d'accomplir cette tâche extrêmement complexe fait obstacle, et de façon importante, à l'avancement dans ce domaine. Bennett (1986:737) soutient qu'il est difficile (traduction) "de maintenir ou d'étendre les services intraministériels", avec pour conséquence "la perpétuation des programmes verticaux". Les auteurs qui se sont penchés sur la théorie intra et interorganisationnelle sont d'avis qu'il faudra augmenter notre bagage de connaissances sur les mécanismes de collaboration et les facteurs qui facilitent et entravent la collaboration. Milio (1986b) insiste sur le fait qu'il nous faut apprendre "par l'expérience" ainsi que par la poursuite d'analyses approfondies portant sur la mise en oeuvre de la politique dans divers climats sociaux et politiques. Le chapitre qui suit souligne les lacunes qui existent dans la littérature sur la politique publique favorisant la santé, et certaines de leurs répercussions sur le plan de la recherche.

RÉSUMÉ

La politique publique favorisant la santé ne va pas sans coordination multisectorielle. Il ressort de notre analyse qu'on peut définir la coordination de multiples façons. Bien que ce concept ne soit pas, en fait, défini dans La santé pour tous (1986), tout porte à croire qu'il incorpore, de façon implicite, la notion de collaboration. Aussi la coordination nécessite-t-elle qu'on adopte de nouvelles approches à l'égard de l'élaboration et de la mise en oeuvre de politiques et qu'on mette en place de nouvelles structures pour appuyer les efforts déployés. Milio (1987a) propose un cadre de référence pour l'analyse de l'évolution de la politique publique favorisant la santé. Selon cette auteure, dans le secteur de la politique publique favorisant la santé, trois approches prédominent : l'approche axée sur la détermination d'objectifs; l'approche fondée sur les structures de planification de la politique; et l'approche fondée sur les structures participatives.

Les approches fondées sur la détermination d'objectifs sont adoptées à l'égard de secteurs de politique précis, par exemple l'alimentation et la nutrition ou les maladies cardio-vasculaires. Le programme national de lutte contre le tabagisme, adopté récemment au Canada, est une illustration de ce genre d'approches. Quant aux approches fondées sur les structures de planification de la politique, elles se distinguent par la mise en place de mécanismes de planification intersectorielle et d'élaboration de politiques qui embrassent un éventail de domaines. La mise sur pied par la Suède d'un comité interministériel dans le cadre de

sa stratégie en matière de santé pour les années 90 illustre bien cette approche. Enfin, les approches fondées sur les structures participatives abordent la politique publique favorisant la santé sous un angle différent - la nécessité d'une vaste participation du public au processus d'élaboration de la politique. Milio (1987a) indique que l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont appliqué cette approche dans la mise au point de politiques touchant la santé des femmes. Il est utile d'adopter un tel cadre de référence pour définir les caractéristiques essentielles d'une approche à l'égard de la politique publique favorisant la santé. Néanmoins, il est reconnu que nombre de pays ont adopté des approches combinant diverses stratégies.

Un certain nombre d'entraves font obstacle à une collaboration efficace. Le manque de "volonté politique", motif souvent évoqué, masque dans bien des cas d'autres entraves : manque de coopération entre des personnes ou groupes divisés par des conflits d'intérêts ou entre les instances de différents paliers; difficultés dans la mise au point de mécanismes pouvant favoriser la participation du public; inexpérience des participants par rapport à la réalité politique; et manque pur et simple de connaissances de base de la part de participants au sujet des mécanismes les plus efficaces à employer pour la coordination de la politique. Qui plus est, le différend philosophique ou idéologique qui oppose les tenants de l'approche "descendante" à ceux de l'approche "ascendante" exacerbe les obstacles auxquels se heurte la mise en oeuvre.

La recherche sur les relations organisationnelles donne à entendre qu'un certain nombre de conditions peuvent faciliter la collaboration entre un large éventail d'acteurs, l'une des conditions préalables de la politique publique favorisant la santé. Gray (1985) est d'avis que lorsque les intéressés, qu'un même problème réunit, en viennent à reconnaître leur interdépendance mutuelle, les chances de collaboration augmentent. Cette auteure estime également que si une autorité ou un intéressé légitime et respecté s'occupe de réunir tous les intéressés, la collaboration est chose plus probable. Une troisième condition pouvant favoriser la collaboration est le fait que les intéressés partagent la même perception de la collaboration en tant que moyen de résoudre le problème de façon plus satisfaisante que d'autres méthodes, telles que la mise en litige. Il serait sans doute utile de poursuivre les recherches dans ce sens en vue de trouver des moyens de favoriser la coordination entre différents acteurs, et d'assurer ainsi la mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé.

On dispose de plus en plus de documents sur les expériences menées dans le domaine de la politique publique favorisant la santé à tous les paliers, de l'échelon national à l'échelon local. Dans chaque cas, les problèmes de coordination sont pris en considération. Toutefois, les auteurs qui ont traité ce sujet donnent plus ou moins de précisions sur la façon dont ces problèmes ont été réglés. On trouve dans les textes de Milio (1987a) une mine de renseignements sur les variantes structurales et procédurales de la politique publique favorisant la santé à l'échelle internationale. Des exemples tirés de l'expérience canadienne récente ont aussi été décrits dans le présent chapitre. Des recherches sur d'autres exemples concrets de coordination de la politique publique favorisant la santé nous permettraient d'enrichir notre compréhension du processus.

RÉFÉRENCES

Aldrich, H. Resource dependence and interorganizational relations. *Administration and Society*, 7(4), 1976:419-454.

Ashford, D.E. The structural comparison of social policy and intergovernmental politics. *Policy and Politics*, 12(4), 1984:369-389.

Ashton, J., Grey, P. and Barnard, K. Healthy cities WHO's new public health initiative. *Health Promotion*, 1(2), 1986:129-133.

Ashton, J., Seymour, H., Ingledew, D., Ireland, R., Hopley, E., Parry, A., Ryan, M. and Holbourn, A. Promoting the new public health in Mersey. *Health Education Journal*, 45(3), 1986:174-179.

Bennett, F.J. Health revolution in Africa? *Social Science and Medicine*, 22(7), 1986:737-740.

Booth, T. Collaboration between the health and social services: Part I, a case study in joint care planning. *Policy and Politics*, 9(1), 1981:23-49.

Calnan, M. The politics of health: The case of smoking control. *Journal of Social Policy*, 13(3), 1984:279-296.

City of Toronto Department of Public Health. Memorandum to Board of Health concerning the Establishment of an Environmental Protection Office within the Department of Public Health. February 10, 1987.

DiStefano, T. Interorganizational conflict: a review of an emerging field. *Human Relations*, 37(5), 1984:351-366.

Dror, Yehezekel. *Policymaking Under Adversity*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books, 1986.

Duhl, L.J. The healthy city: its function and its future. *Health Promotion*, 1(1), 1986b: 55-60.

Evans, Robert. A Retrospective on the "New Perspective". *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 7(2), 1982:325-344.

Farrant, W. *"Health for All" in the Inner City*. Paddington and North Kensington Health Authority, London, 1986.

Fombrun, C.J. Structural dynamics within and between organizations. *Administrative Science Quarterly*, 31, 1986:403-421.

Evans, Robert. A Retrospective on the "New Perspective". *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 7(2), 1982:325-344.

Farrant, W. *"Health for All" in the Inner City*. Paddington and North Kensington Health Authority, London, 1986.

Fombrun, C.J. Structural dynamics within and between organizations. *Administrative Science Quarterly*, 31, 1986:403-421.

Fowler, G. Health education in general practice. *Health Education Journal*. 44(1), 1985:44-45.

Gray, B. Conditions facilitating interorganizational collaboration. *Human Relations*, 38(10), 1985:911-936.

Gray, B. and Hay, T.M. Political limits to interorganizational consensus and change. *The Journal of Applied Behavioural Science*, 22(2), 1986:95-111.

Hancock, Trevor. Beyond health care. *The Futurist*, August 1982:4-13.

Hancock, Trevor. Health in transition. *Canadian Home Economics Journal*, 35(1), 1985a:11-13,16.

Hancock, Trevor. Lalonde and beyond: Looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". *Health Promotion*. 1(1), 1986a:93-100.

Hancock, Trevor. Personal interview. November 9, 1987a.

Hancock, Trevor. Politiques sanitaires dans les pays nordiques : rapport préliminaire. *Revue canadienne de santé publique*. 78, janvier/février 1987c : 9-1-10.

Hancock, Trevor and Duhl, Leonard J. *Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context*. Background working paper for the "Healthy Cities Symposium", Lisbon, Portugal, April 7-11, 1986.

Harrison, L. and Tether, P. The co-ordination of UK policy on alcohol and tobacco: The significance of organizational networks. *Policy and Politics*, 15(2), 1987:77-90.

Haughton, B. Developing local food policies: One city's experiences. *Journal of Public Health Policy*, Summer 1987:180-191.

Health for All–2000 and health promotion. Bloomsbury Health Authority, London, 1986.

Health for All Ontario. Report of the Panel on Health Goals for Ontario. August 1987.

Health in Sweden. Stockholm: The Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 1982.

Health: A need for redirection. Toronto: Canadian Medical Association, Task Force on the Allocation of Health Care Resources, 1984.

Health Promotion: Concept and Principles, in Action, A Policy Framework. Unpublished discussion document. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986.

Health Promotion Matters in Ontario. Report of the Minister's Advisory Group on Health Promotion, 1987.

Healthy Toronto 2000. Toronto: Healthy Toronto 2000 Subcommittee, Board of Health, August 1987.

Intersectoral Action for Health. Geneva: World Health Organization, 1986.

Jaffe, E. The role of occupational therapy in disease prevention and health promotion. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40(11), 1986:749-752.

Klepp, K-I. and Forster, J.L. The Norwegian nutrition and food policy: an integrated policy approach to a public health problem. *Journal of Public Health Policy*, December 1985:447-463.

Lalonde, Marc. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1974.

Leppo, K. and Vertio, H. Smoking control in Finland: A case study in policy formulation and implementation. *Health Promotion*, 1(1), 1986:5-16.

Macpherson, A.S. Personal interview. November 18, 1987.

Malkas, T. Health effects of unemployment and national health policy in Finland. In G. Westcott, P.G. Svensson and H. Zollner (Eds.), *Health policy implications of unemployment*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985:357-368.

Milio, N. Promoting health through structural change: Analysis of the origins and implementation of Norway's farm-food-nutrition policy. *Social Science and Medicine*, 15A, 1981:721-734.

Milio, N. Commentary: Creating a Healthful Future. *Community Health Studies*. IX(3), 1985a:270-274.

Milio, N. Healthy nations: Creating a new ecology of public policy for health. *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement 1, May/June 1985b:79-87.

Milio, N. *Promoting Health Through Public Policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986a.

Milio, Nancy. Building healthy public policies: Focus for a new public health. Paper prepared for presentation at *An International Conference on Health Promotion: The Move Towards a New Public Health*, November 17-21, 1986b, Ottawa, Canada.

Milio, N. Multisectoral policy and health promotion: Where to begin? *Health Promotion*, 1(2), 1986c:129-132.

Milio, N. *Healthy Public Policy: Issues and Scenarios*. Unpublished paper prepared for A Sym-

posium on Healthy Public Policy, Yale University, Oct. 5-6, 1987a.

Milio, N. Personal interview. October 28, 1987b.

Moran, G. Health promotion in local government: A British experience. *Health Promotion*, 1(2), 1986:191-200.

Mueller, K.J. Local implementation of national policy. *Policy Studies Review*, 4(1), 1984:86-98.

Pannenborg, Charles O. Scenarios as a method of probing and planning the future of health care. Paper prepared for the International Meeting on Future of Health and Health System in the Industrialized Societies, Bellagio, Italy, May 27-31, 1985.

Popham, G.T. Government and smoking: Policy-making and pressure groups. *Policy and Politics*, 9(3), 1981: 331-347.

(A) Proposal to Establish Health Objectives and Strategies for Canada. Discussion paper submitted by the Canadian Public Health Association with support and assistance from the Ontario Public Health Association, September 1985.

Rahim, M.A. A strategy for managing conflict in complex organizations. *Human Relations*, 38(1), 1985: 81-89.

Roemer, M.I. The value of medical care for health promotion. *American Journal of Public Health*, 74(3), 1984: 243-247.

(The) Role of intersectoral cooperation in national strategies for Health for All. *Health Promotion*, 1(2), 1986:239-251.

Rootman, Irving. Personal correspondence. December 23, 1987.

Seymour, H., Ashton, J. and Edwards, P. Health museums or theme parks: a new approach to intersectoral collaboration. *Health Promotion*, 1(3), 1986: 311-317.

Shultz, J.M., Moen, M.E., Pechacek, T.F., Harty, K.C., Skubic, M.A., Gust, S.W., and Dean, A.G. The Minnesota plan for nonsmoking and health: The legislative experience. *Journal of Public Health Policy*, Autumn 1986: 300-313.

Squires, B.P. Medical education to achieve health for all. *Canadian Medical Association Journal*, 136, March 1, 1987:474-475.

Stahlberg, K. Local complexity and central bureaucracy in Finnish health care planning. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 8(3), 1983:444-462.

Targets for Health for All. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985.

Tejada-de-Rivero, D.A. Meeting the challenge of health for all: The indispensable contribution of national public health associations. *Public Health Review*, 12, 1984:208-212.

Terris, M. Health promotion and disease prevention: What can medical schools contribute? *Forum*, XX(5), 1987:1-5.

Thompson, E.B., Hamrell, M. and Coffin, R.R. The Heart Healthy Vermonter Program. *Journal of Public Health Policy*, Spring 1987:36-43.

Tjosvold, Dean. The dynamics of interdependence in organizations. *Human Relations*, 39(6), 1986:517-540.

Toward A Shared Direction for Health in Ontario. Report of the Ontario Health Review Panel. June 1987.

Trist, E.L. Collaboration in work settings: A personal perspective. *Journal of Applied Behavioural Science*, 13(3), 1977:268-278.

Trist, E.L. Referent organizations and the development of interorganizational domains. *Human Relations*, 36(3), 1983:247-268.

Vienna Dialogue on "Health Policy and Health Promotion Towards a New Conception of Public Health". Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Unpublished document ICP/HSR 623, 1987.

(A) Vision for A Healthy Ontario. Paradigm Health. July 1986.

Vuori, H. La Santé pour tous et l'hygène publique. *Revue canadienne de la santé publique*, janvier/février 1985:13-16.

Weiss, J. Substance vs. symbol in administrative reform: the case of human services coordination. *Policy Analysis*, 7(1), 1981:21-45.

White, F. Les organismes bénévoles et la promotion de la santé. Observations sur le rôle des organismes non gouvernementaux, plus particulièrement dans le secteur bénévole. *Revue canadienne de santé publique*, 77, novembre/décembre 1986:431-436.

Wilkins, K.C. and Hoey, J.R. Who should promote health and provide preventive care? *Canadian Medical Association Journal*, 132, April 15, 1985:903-905.

Ziglio, E. "Uncertainty" in health promotion: Nutrition policy in two countries. *Health Promotion*, 1(3), 1986b:257-268.

Chapitre Six

Recherche sur la politique publique favorisant la santé

Dans les chapitres qui précèdent, nous avons décrit et analysé un grand nombre de questions capitales posées par l'élaboration, la mise en oeuvre et la coordination de la politique publique favorisant la santé. Nous nous proposons ici d'examiner les répercussions d'une telle politique sur la recherche, à divers égards : a) contenu possible de la recherche; b) étude des différentes possibilités quant à la conception de la recherche et c) diversité des mécanismes destinés à faciliter la recherche dans ce domaine.

Selon la définition proposée par Albrecht et Johnson (1985), la recherche en matière de politique désigne (traduction) "des efforts empiriques qui visent soit rétrospectivement à évaluer les effets des lois, règlements et programmes sur la qualité de vie d'une population, soit, prospectivement, à établir un plan cohérent (ordre de priorité et affectation de ressources) qui permette d'atteindre des objectifs". Cette définition n'a que peu d'utilité pour le genre de recherche applicable à la politique publique favorisant la santé, et ce, parce qu'elle dissocie les processus de planification et d'évaluation de la politique publique du contexte politique et social dans lequel s'inscrit toute politique (Barrett et Hill, 1984; Wittrock et DeLeon, 1986). La recherche sur la politique publique favorisant la santé peut reprendre certains des éléments énumérés ci-dessus, mais elle doit aussi faire appel à des approches nouvelles pour ce qui est du contenu comme de la conception des études.

Bien que l'idée de la recherche sur la politique publique favorisant la santé suscite beaucoup d'intérêt (*Research in Health Promotion*, 1984; Attinger, 1985; Vuori, 1987), la littérature ne fournit pas beaucoup de précisions sur ce plan. À l'heure actuelle, notre compréhension de la politique publique favorisant la santé est loin d'être parfaite, comme nous l'avons déjà souligné. Les ouvrages sur ce sujet nous apprennent énormément sur l'importance d'une telle politique, mais nous avons peu de données empiriques concernant les effets de diverses stratégies de mise en oeuvre et de coordination, les conditions qui ont présidé à son élaboration, ou les effets de cette politique sur la santé des populations. Compte tenu de l'importance des lacunes observées à cet égard, nous offrons ci-après quelques suggestions préliminaires au sujet du contenu et de la conception de la recherche, et des mécanismes destinés à en faciliter la réalisation.

CONTENU DE LA RECHERCHE SUR LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

D'après les ouvrages examinés plus haut, quelques domaines se révèlent prioritaires pour la recherche sur la politique publique favorisant la santé, notamment :

a) la théorie à l'appui d'une telle politique
b) les exemples actuels d'application de cette politique
c) la faisabilité de l'élaboration de ce type de politique
d) les effets du contexte sur la mise en oeuvre
e) les mécanismes de coordination
f) les effets sur la santé de la politique publique favorisant la santé
g) les indicateurs de la politique publique favorisant la santé.

Chacun de ces domaines sera étudié séparément.

Théorie à l'appui de la politique publique favorisant la santé

Bon nombre d'ouvrages sur la politique publique favorisant la santé font valoir implicitement des hypothèses concernant les forces sociales et politiques qui entrent en jeu dans le processus du changement. Par exemple, la notion d'une vision commune repose essentiellement sur un modèle de changement fondé sur le consensus, où les divers groupes d'intérêts et les diverses couches sociales s'entendent sur les valeurs fondamentales de la société. Par contre, un modèle de changement fondé sur le conflit fait peu de place à la notion d'une vision commune, l'idée

étant qu'en dernière analyse les décisions se prennent en faveur des intérêts dominants dans la société.

Il importe de mener des recherches sur les origines, les manifestations et les résultats de la politique publique favorisant la santé en adoptant une perspective théorique. Parmi les questions susceptibles de présenter de l'intérêt pour la recherche, figurent celles-ci :

1) Pourquoi note-t-on un intérêt pour la politique publique favorisant la santé à cette période précise de l'histoire? Quelles sont les forces en jeu dans la société qui ont déterminé qu'il y avait un problème au départ?
2) Quel est le rôle de l'État dans la conceptualisation, la coordination et l'évaluation de la politique publique favorisant la santé?
3) Étant donné les divers axes d'intérêts sociaux et politiques observés dans la société, est-il possible de s'entendre sur une vision d'une société en santé?
4) Comment peut-on comprendre les problèmes liés à la collaboration intersectorielle en faisant appel à la théorie de l'échange ou à la notion d'un ordre des choses négocié?
5) Quels sont les intervenants dans l'élaboration et la coordination de la politique publique favorisant la santé? Quels groupes d'intérêts représentent-ils?
6) Comment peut-on concilier la notion du "bien de la collectivité" avec celle des "intérêts de l'individu" dans le cadre d'une politique publique de cet ordre?

De telles recherches, comme celles décrites dans la partie qui traite de la faisabilité, contribueront à mieux définir le contexte à l'intérieur duquel s'insère la politique publique favorisant la santé. Ainsi, bien qu'il soit important de réaliser des études sur le contenu et le processus d'élaboration proprement dit de cette politique, il ne faut pas pour autant négliger les recherches sur le contexte dans lequel elle s'inscrit.

Exemples actuels d'application de la politique publique favorisant la santé

Nancy Milio (1987a) a récemment passé en revue certains exemples de ce type de politique, telle qu'elle est appliquée dans plusieurs pays. Dans son résumé des initiatives menées sur ce plan en Suède, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas, elle fournit des données à jour sur la question. Il serait toutefois utile de réunir des informations plus complètes sur ces expériences, notamment une description du contexte politique, social et économique qui a enfanté de telles activités ainsi que des descriptions et analyses de l'organisation et de la coordination de cette politique.

Les études de ce type ont ceci de particulièrement intéressant qu'elles citent des exemples de collaboration intersectorielle et de coopération entre les champs de compétence pour l'établissement d'une politique publique favorisant la santé. En outre, elles permettent de déterminer comment la collectivité est mise à contribution dans l'élaboration et la mise en oeuvre d'une telle politique. Dans sa publication *Planning and Management for Health* (1984), l'Organisation mondiale de la Santé fait un compte rendu d'une conférence européenne et met en évidence deux problèmes vitaux : comment réussir à s'adjoindre la collaboration des usagers ou consommateurs et comment parvenir à un équilibre entre centralisation et décentralisation à l'intérieur du réseau de soins de santé. Les recherches sur ces questions sont pour ainsi dire inexistantes.

Il faudrait non seulement des études comparatives à l'échelon national mais davantage d'exemples régionaux et locaux d'application de la politique publique favorisant la santé. À cet égard, on pourrait citer une étude qu'un groupe de travail récemment mis sur pied par l'OMS (*Research in Health Promotion*, 1984) a qualifié d'"étude de vérification sur la politique" dans laquelle la promotion de la politique publique favorisant la santé apparaît comme l'une des priorités pour l'an 2000 :

> (traduction) Il s'agit d'une vérification indépendante de l'élaboration des politiques (d'intérêt national et local) dans un secteur autre que celui de la santé, par exemple l'alimentation et le logement, et qui vise à déterminer le lien entre ces politiques et une connaissance des effets qu'elles ont sur la santé. L'étude comporterait des interviews avec des responsables de l'élaboration des politiques, destinées surtout à déterminer leur point de vue sur les facteurs qui favorisent la promotion d'une politique davantage axée sur la santé (alimentation et logement) et sur les facteurs qui y font obstacle, et à cerner les questions et stratégies sur lesquelles ils estiment avoir peu de prise. Il y a lieu d'adopter une perspective historique, autrement dit d'analyser les politiques rétrospectivement de manière à déterminer quels sont les valeurs, intérêts et contraintes politiques qui influent sur l'élaboration des politiques et sur les activités des responsables des politiques.

Faisabilité de l'élaboration de la politique publique favorisant la santé

Il est probable que certains contextes sociaux, économiques et politiques soient plus favorables à l'élaboration et à la coordination d'une telle politique. L'efficacité de cette politique dépend du contexte dans lequel elle a été élaborée (Graham et Graham, 1975; Frank, 1985; Barrett et Hill, 1984; Wittrock et DeLeon, 1986). Graham et Graham (1975:263) utilisent l'expression "macro-analyse" pour décrire le processus qui (traduction) "détermine les contraintes qui auront

invariablement pour effet de restreindre les possibilités d'intervention de l'État." On pourrait par exemple noter qu'une politique publique favorisant la santé a moins de chances de résister dans des sociétés où domine la recherche du gain.

L'importance du genre d'étude évoquée plus haut tient à ce qu'elle permet de déterminer quelles sont les structures sociales et politiques sous-jacentes au pouvoir qui peuvent faciliter ou freiner les efforts de mise en oeuvre de la politique publique favorisant la santé. Les études de cas et les études rétrospectives se prêtent assez bien à la question de la faisabilité politique.

Effets du contexte sur la mise en oeuvre

Barrett et Hill (1984) soutiennent que les études empiriques sur la mise en oeuvre soulèvent des questions au sujet de leur contexte. Selon eux, les questions posées par la structure du pouvoir - par rapport à une politique donnée mais également dans le contexte social et politique où elle s'inscrit - devraient faire l'objet d'une analyse de la mise en oeuvre. Ils sont beaucoup moins précis au sujet de la façon dont on devrait procéder pour le faire sans que les activités de recherche ne prennent des proportions exagérées. Dans leurs propres travaux, cependant, ils ont mis l'accent non seulement sur le contenu de la politique mais sur le contexte dans lequel elle s'inscrit.

> (traduction) Nous nous sommes efforcés d'aller au-delà du "statu quo" de l'appareil juridique et administratif actuel pour nous pencher sur les questions de conflit, de consensus et de pouvoir, c'est-à-dire déterminer comment on utilise les valeurs, les intérêts, les ressources (y compris le pouvoir) pour définir ou modifier les "règles du jeu", et déterminer comment les "règles" s'appliquent à des situations données (Barrett et Hill, 1984:238).

Wittrock et DeLeon (1986) ont mis l'accent sur la nécessité d'établir un lien entre les études sur les processus d'élaboration des politiques et les macro-analyses politiques et sociales dans la recherche qui traite de la mise en oeuvre. Ils retracent dans le domaine de l'analyse de la politique une tradition associée à H.D. Lasswell (1951; 1971) et qui est axée sur la résolution de problèmes. Selon Lasswell, il s'agit de s'appliquer à résoudre les problèmes liés aux conflits fondamentaux plutôt que de s'attarder sur les préoccupations de l'heure. Une telle analyse pourrait mettre à contribution des méthodes très diverses et serait fondée sur une compréhension de l'ensemble du contexte social dans lequel se situent les événements étudiés, et de leur évolution. Selon eux, les premiers pas vers (traduction) "un mode d'analyse du processus de mise en oeuvre qui allie la pertinence de la politique au réalisme conceptuel" (Wittrock et DeLeon, 1986:55) consistent à élaborer une typologie des politiques dans une perspective historique; à se fier davantage, mais en faisant une sélection rigoureuse, à des stratégies fondées sur l'adaptation; et à mener des recherches visant à évaluer s'il existe ou non des données logiques ou empiriques montrant que de nouvelles politiques envisagées permettraient de résoudre les problèmes visés.

Le cadre analytique proposé par Thain (1987) pour étudier la mise en oeuvre de la politique économique fait explicitement appel à la notion historique des antécédents de la politique et à celle des influences du contexte social. Sabatier (1986) propose un cadre pour la recherche sur la mise en oeuvre élaboré à partir d'une synthèse des points forts des modèles descendant et ascendant. Ce cadre met en lumière l'incidence des facteurs socio-économiques et d'autres changements externes à la politique sur les ressources et stratégies des acteurs. Comme le souligne O'Toole (1986:202)

> (traduction) ... le contexte représente encore un défi pour la stratégie de la recherche sur la mise en oeuvre... au-delà de la recommandation passablement creuse faite aux responsables de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la politique et aux chercheurs de tenir compte du contexte social, économique, politique et juridique.

L'accent mis sur le contexte dans lequel s'insère une politique est comparable aux priorités de recherche définies par Milio (1987b). Cette dernière a recommandé que, dans les études sur la politique publique favorisant la santé, on accorde une attention particulière au "climat social." Une étude sur le climat social porterait non seulement sur l'économie politique mais également sur l'influence des médias. Elle déterminerait quelles sont les conditions qui expliquent que de nouvelles politiques sont possibles, et efficaces ou inefficaces; quelles sont les conditions qui font que le moment est propice ou non à l'adoption d'une politique. Elle permettrait par exemple de juger si la politique publique favorisant la santé a des chances de figurer au programme politique, d'établir un rapport entre les intérêts qui facilitent ou qui freinent son introduction et de déterminer s'il est possible de la mettre en oeuvre et à quel moment.

Mécanismes de coordination

Lorsqu'il s'agit de politique publique favorisant la santé, la grande question qui se pose est de savoir comment la coordonner et, plus particulièrement, quels sont les mécanismes qui permettent de le faire. Par exemple, la solution la plus judicieuse consiste-t-elle à recourir à un organisme central de coordination ou à partir de la base? En outre, y a-t-il une contradiction inhérente entre la notion de la coordination d'une telle politique et celle d'une

participation généralisée de la collectivité à son élaboration? Il importerait d'effectuer des recherches simplement pour déterminer qui sont les responsables des décisions et de l'attribution de ressources et quels sont les divers "intéressés" dans la politique publique favorisant la santé (Mark et Shotland, 1985).

Il y a également lieu de réaliser des études pour déterminer de quelle façon les divers secteurs collaborent au règlement de problèmes liés à la santé, dans quelle mesure les personnes intéressées des autres secteurs consultent celles du domaine de la santé au sujet des répercussions que peuvent avoir, sur la santé, des politiques qui ne relèvent pas explicitement du domaine de la santé et, inversement, si les acteurs du domaine de la santé consultent ceux des autres domaines.

Des études de ce type consisteraient, entre autres, à trouver et à analyser des exemples de coordination qui existent déjà. Il serait également souhaitable d'entreprendre des études qui ont pour objet d'élaborer et de mettre à l'essai des modèles novateurs de coordination.À cet égard, il pourrait être intéressant de songer à recourir à une approche systémique pour l'établissement de modèles, par exemple la simulation sur ordinateur (Dror, 1975).

Effets sur la santé de la politique publique favorisant la santé

Il faudrait évaluer les répercussions d'une telle politique sur l'état de santé de divers groupes. Bien qu'il soit sans doute difficile de quantifier ces effets d'une manière scientifiquement rigoureuse, la politique publique favorisant la santé ne se prêtant pas à une évaluation par des essais cliniques aléatoires, il faudrait s'efforcer d'établir quels sont les indicateurs de santé qui peuvent servir à mettre en lumière le lien entre la politique publique favorisant la santé et l'état de santé. Les indicateurs de la maladie ou d'une pathologie, par exemple les indicateurs de morbidité ou les taux de mortalité associés à des maladies précises, jouent certainement un rôle dans l'évaluation des initiatives en matière de politique publique favorisant la santé, mais ne peuvent remplacer les mesures positives de la santé et du bien-être. En outre, les indicateurs de phénomènes qui ne sont pas perçus immédiatement comme des phénomènes relevant de la santé, mais auxquels ils sont théoriquement rattachés sur le plan causal, peuvent être importants pour cette évaluation.

De telles études pourraient comprendre l'évaluation de politiques qui comportent des objectifs bien définis. Par exemple, on pourrait évaluer une politique intersectorielle destinée à réduire la concentration de gaz d'échappement libéré par les voitures par la réglementation de la circulation à l'intérieur d'une ville, en suivant l'évolution des taux d'oxyde de carbone sur une période de temps.

Indicateurs de la politique publique favorisant la santé

Il faudrait non seulement mesurer les répercussions sur la santé de la politique publique favorisant la santé, mais également élaborer des indicateurs précis de l'existence d'une telle politique. De l'avis de Ziglio (1987), les indicateurs de la politique serviraient à orienter les décideurs. Toujours selon Ziglio (1987b:3), les indicateurs des diverses phases de l'élaboration de la politique remplissent différentes fonctions; ils fournissent notamment :

1) une description des organisations et institutions sociales qui prennent part à l'élaboration de la politique;
2) une description du processus même de l'élaboration de la politique et de ses résultats;
3) un aperçu des orientations de la politique;
4) une description des tendances passées, actuelles et futures.

La détermination des indicateurs permettra d'évaluer et d'analyser la politique publique favorisant la santé dans divers cadres. Ziglio soutient que ces indicateurs peuvent varier selon les circonstances sociales, politiques et culturelles, par exemple d'un pays à l'autre, d'où la difficulté d'établir des comparaisons directes entre les divers pays qui pratiquent une politique publique favorisant la santé. Quoi qu'il en soit, ce problème ne se pose pas uniquement dans le cas de la recherche sur la politique publique favorisant la santé, et les questions sont suffisamment importantes pour que le jeu en vaille la chandelle.

CONCEPTION DE LA RECHERCHE SUR LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Nous devons non seulement reconnaître l'importance des divers domaines de recherche évoqués plus haut, mais aussi tenter d'établir si la conception des recherches convient à l'étude de la politique publique favorisant la santé. Nous adoptons pour hypothèse de départ que bon nombre des démarches habituellement employées pour la recherche dans le domaine de la santé ne sont pas nécessairement adaptées aux études dans le secteur qui vous intéresse ici.

Trois questions relatives à la conception des recherches seront examinées ici : a) l'approche quantitative par opposition à l'approche qualitative; b) la démarche rétrospective par rapport à la démarche prospective et c) le rôle de la "recherche-action" dans l'élaboration et l'évaluation de la politique publique favorisant la santé.

Approche quantitative et approche qualitative

Bien qu'une bonne part des recherches dans le domaine des sciences sociales et des sciences du comportement fasse ressortir l'importance des études quantitatives sur les phénomènes, il peut être nécessaire de recourir à d'autres approches ou de combiner les approches afin d'examiner la politique publique favorisant la santé. Dans son analyse détaillée de la recherche sur les comportements liés à la santé, la promotion de la santé et la santé publique, McQueen (1987) met en lumière les limites d'une analyse quantitative lorsqu'il s'agit de la "nouvelle santé publique." McQueen considère que si le chercheur en santé publique se préoccupe de méthodes quantitatives, c'est en raison de l'orientation biomédicale du sujet, comme en témoigne le recours à l'épidémiologie pour l'étude de la distribution des maladies. Selon lui, il faudrait faire appel à la fois aux méthodes quantitatives et aux méthodes qualitatives dans la recherche sur la santé publique :

> (traduction) Le problème fondamental est sans doute le poids que l'on continue d'accorder à l'idée selon laquelle il y a une démarcation réelle très nette entre les méthodes quantitatives et qualitatives... Si la recherche a pour objectif ultime de donner du sens à des faits, il est important que l'on puisse passer facilement d'une approche à l'autre. (McQueen, 1987:12)

Parmi les exemples de méthodes qualitatives qui se prêtent à la recherche sur la politique publique favorisant la santé figurent l'analyse historique du contexte dans lequel elle a vu le jour et des interviews en profondeur auprès des personnes ayant pris part à son élaboration. Ainsi, la recherche sur l'élaboration et la coordination de cette politique dans le domaine de la production de tabac pourrait comprendre une analyse historique de l'économie politique qui entoure la production et des interviews en profondeur auprès des intéressés, y compris les responsables de l'élaboration de la politique et les personnes touchées par celle-ci, notamment les producteurs de tabac, les fabricants de cigarettes et le grand public.

Les méthodes quantitatives ont également leur importance. Si l'on reprend l'exemple de la production de tabac, on constate que l'on a besoin de données pour quantifier la production avant et après l'introduction de changements d'ordre législatif, ou encore, pour évaluer leur incidence sur les habitudes de consommation et pour prédire, en les expliquant, les effets éventuels de ces changements éventuels au chapitre de la santé.

Les méthodes quantitatives ont surtout leur raison d'être lorsqu'il s'agit de cerner et d'évaluer les indicateurs de la politique publique favorisant la santé. Dans le cas d'initiatives récentes, telles que le projet "Vers des villes saines" (Ashton, Grey et Barnard, 1986), des objectifs précis ou des indicateurs de réussite mesurables font défaut. Toutefois, il est peut-être possible d'utiliser les indicateurs existants ou nouveaux d'un milieu urbain sain, comme la quantité d'espaces verts ou l'indice de pollution.

Shortell (1982:691) préconise l'utilisation d'approches multiples pour la recherche sur la politique publique favorisant la santé, notamment une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives. Pour désigner ces approches, il utilise l'expression "triangulation" (empruntée à Denzin), qui signifie le recours à une multiplicité de méthodes, de types de données, d'observateurs et de théories dans le cadre de la même enquête. Le recours à la triangulation semble particulièrement indiqué ici.

Études rétrospectives et études prospectives

Outre la question de la qualité par opposition à la quantité, il existe un autre problème relatif à la conception de la recherche, qui est de savoir si les études devraient être rétrospectives ou prospectives. Dans le cas de la politique publique favorisant la santé, les études rétrospectives consisteraient à analyser les politiques en place, y compris à examiner le rôle des divers secteurs qui participent à l'élaboration de la politique, l'idée étant de tenter d'expliquer la réussite ou l'échec relatif de ces initiatives. Inversement, les études prospectives seraient entreprises au début des initiatives en matière de politique, ou même avant, et viseraient à mesurer leurs effets sur une période de temps.

Là encore, il semble qu'une démarche n'exclut pas l'autre. Il est probable que les deux permettraient d'obtenir des données utiles. Les recherches rétrospectives donneraient une idée de la faisabilité de ce type de recherche dans des cadres précis (Graham et Graham, 1975). On pourrait considérer que les études prospectives consistent à effectuer un contrôle des effets de politiques précises au fil du temps afin d'en évaluer les résultats (prévus et imprévus) ainsi que les processus (Berk, Boruch, Chambers, Rossi et Witte, 1985; Campbell, 1969).

Un exemple de recherche rétrospective serait l'étude du contexte politique et historique ayant donné naissance à des initiatives précises en matière de politique publique, comme l'étude des facteurs ayant incité la ville de Toronto à adopter une réglementation pour obliger les restaurateurs à réserver une partie de leur restaurant aux non-fumeurs.

À titre d'exemple de recherche prospective, on pourrait imaginer une étude retraçant les efforts déployés afin de mettre en oeuvre une politique publique favorisant la santé dans divers cadres nationaux et régionaux. Les comptes rendus faits par

Milio (1987a) de diverses expériences menées à l'étranger pourraient constituer le point de départ d'une étude comparative transculturelle à caractère prospectif. Dans une société donnée, une étude prospective pourrait porter sur les réactions de divers secteurs de l'industrie aux initiatives prises dans le cadre de la politique publique favorisant la santé. Par exemple, au Canada, on pourrait tirer des leçons utiles en essayant de déterminer, par une démarche prospective, comment les sociétés aériennes et de transport en commun réagiront aux changements législatifs et à la transformation de l'opinion publique concernant la cigarette.

Un autre type d'étude prospective consisterait à faire des projections quant aux effets de la politique publique favorisant la santé à l'aide de techniques de simulation (Albrecht et Johnson, 1985). Il serait possible d'analyser les données sur divers facteurs sociaux, politiques, environnementaux et démographiques sur ordinateur, pour concevoir différents scénarios comportant des répercussions pour la politique de la santé. À ce sujet, Albrecht et Johnson (1985:286) affirment ce qui suit :

> (traduction) Les données recueillies à des fins très différentes, dans des conditions très diverses, peuvent être intégrées dans le but d'en arriver à des décisions relatives à la politique. Les méta-analyses et les modèles informatisés ne sont que deux des techniques qui permettent de regrouper une masse énorme de données et de tirer des conclusions à partir de celles-ci.

Les simulations ne peuvent être faites qu'à partir d'hypothèses concernant les facteurs qui influent sur les tendances futures et les changements possibles sur le plan des facteurs contextuels et de leurs répercussions. Néanmoins, elles se révèlent une méthode utile lorsqu'il s'agit de décrire des scénarios possibles. Par ailleurs, il y a un autre type de recherche qui gagne en popularité, à savoir celle qui consiste à imaginer des scénarios possibles, qui ne sont pas nécessairement perçus comme des prolongements du présent.

Rôle de la "recherche-action" dans la politique publique favorisant la santé

La notion de "recherche-action" ne date pas d'hier; elle a été conçue par Kurt Lewin en 1946 (Susman, 1978). Selon Susman (1978:586), il s'agit d'une forme de recherche à caractère social qui combine l'élaboration d'une théorie à l'apport de changements dans le système social par l'action du chercheur sur ou dans le système. La participation de la population touchée aux divers stades de la définition des problèmes, de la collecte et de l'interprétation des données revêt ici une importance primordiale. Une recherche de ce type est axée sur l'avenir, l'amélioration du système social étant un but fondamental. En ce sens-là, elle cadre avec l'idéal de la participation de la collectivité à l'établissement de la politique publique favorisant la santé (Vuori, 1987).

Les travaux fondés sur la "recherche-action" ont un rôle précis à jouer dans l'étude de la politique publique favorisant la santé. Là où ces recherches pourraient s'avérer très utiles, ce sont les études sur la façon dont les collectivités sont intégrées à la création de la politique publique favorisant la santé. Elles semblent avoir un peu moins contribué à une meilleure compréhension des mécanismes de coordination nécessaires à cette politique ou à l'évaluation de ses effets.

Après avoir examiné certaines questions de contenu et de conception relatives à la recherche sur la politique publique favorisant la santé, nous nous pencherons sur les moyens de faciliter ces recherches.

MÉCANISMES VISANT À FACILITER LA RECHERCHE SUR LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Le principal mécanisme dont disposent les autorités publiques pour ce faire consiste à offrir des mesures d'incitation pour de telles études. D'après Shortell (1982), le système de la reconnaissance du mérite, surtout dans le cas des chercheurs oeuvrant en milieu universitaire, a pour objet d'encourager ces derniers à mener des recherches sur des sujets pertinents, de façon à ce qu'elles aient plus de chances d'aboutir à des résultats valables.

Shortell énumère quatre mécanismes qui permettent de faciliter la recherche sur la politique publique favorisant la santé :

1) créer des possibilités de formation interdisciplinaire;
2) procurer aux centres de recherche un financement permanent;
3) modifier le système de reconnaissance du mérite de façon à ce qu'il appuie les deux objectifs qui précèdent;
4) établir des liens entre les départements d'universités, les centres de recherche sur la politique et les cadres opérationnels.

Un certain nombre des mécanismes que nous avons recommandés ont pour effet de faciliter la recherche sur la politique publique favorisant la santé au Canada. Étant donné que l'étude de la politique publique favorisant la santé est, par la nature du sujet, interdisciplinaire, il faut encourager cet aspect de la recherche. Un moyen concret d'y parvenir serait de créer un centre canadien de recherche sur la politique de santé qui serait rattaché à une université. Les universitaires de plusieurs départements pourraient ainsi s'intéresser aux questions posées par une telle politique.

Un autre moyen dont disposent les autorités publiques serait d'élargir le champ des domaines pour lesquels elles accordent des subventions. Par exemple, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) pourrait placer au premier rang de ses priorités les études qui traitent de la politique publique favorisant la santé telle qu'elle est appliquée dans divers contextes culturels, ainsi que les études de faisabilité et les études sur les répercussions de cette politique sur la santé. L'aide pourrait également se présenter sous forme de bourses post-doctorales et de bourses aux chercheurs qui s'intéressent à la politique publique favorisant la santé. Le PNRDS et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC) ont tous deux obtenu d'excellents résultats avec ce genre d'approche. Dans le cadre de son programme de "financement stratégique", par exemple, le CRSHC a octroyé des fonds pour les trois premières activités décrites par Shortell soit le financement d'un centre de recherches, le perfectionnement professionnel et les mesures d'encouragement.

S'il est important d'étendre la gamme des sujets de recherche pour les universitaires, il faut aussi continuer de financer les études traditionnelles, notamment auprès de certaines populations, et faire appel à diverses stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies pour rehausser le niveau de santé et combattre la maladie. Ainsi, il pourrait être nécessaire de prévoir des fonds pour les études sur la politique publique favorisant la santé en sus des programmes de financement qui existent déjà.

On ne saurait trop insister sur la nécessité de déterminer quelles sont les méthodes qui, parmi les nombreuses qui s'offrent, conviennent à ce type de recherche. Ainsi, les expériences en bonne et due forme, voire les études seulement quasi expérimentales, n'ont que peu d'utilité dans ce domaine alors que les études de cas, les études rétrospectives et les études bien définies, axées sur des approches qualitatives de collecte des données, ont énormément à apporter. Comme les approches de ce type ne sont pas sanctionnées par l'ensemble du milieu de la recherche biomédicale, il importe que le milieu de la recherche en santé les cautionne de manière explicite.

RÉSUMÉ

Dans cette partie du rapport, nous avons examiné les domaines de recherche possibles en ce qui concerne la politique publique favorisant la santé, le lien entre ces domaines et la conception de la recherche, ainsi que les mécanismes destinés à faciliter ces recherches. Nous avons mis en évidence sept domaines, à savoir : 1) la théorie qui sous-tend la politique publique favorisant la santé; 2) les exemples actuels d'application de la politique publique favorisant la santé; 3) la faisabilité; 4) les effets du contexte sur la mise en oeuvre; 5) les mécanismes de coordination; 6) les effets d'une telle politique sur la santé et 7) les indicateurs de l'existence d'une politique publique favorisant la santé.

Nous avons analysé trois questions relatives à la conception de la recherche. Nous avons fait valoir le bien-fondé des recherches faisant appel à une démarche aussi bien quantitative que qualitative; l'importance des études tant rétrospectives que prospectives, et l'utilité de la "recherche-action" dans le cadre d'études sur le rôle que joue la participation de la collectivité dans l'élaboration de la politique.

Il est possible de faciliter la recherche sur la politique publique favorisant la santé en encourageant les chercheurs par divers moyens : création de centres de recherches interdisciplinaires; initiatives de perfectionnement professionnel et autres mesures de ce type; établissement d'un ordre de priorité en matière de financement qui soit compatible avec ce type de recherche.

RÉFÉRENCES

A call for conceptual realism. *Policy Studies Review*, 6(1), 1986:44-60.

Albrecht, G. and Johnson, D. The Social Context of Policy Research. *Sociological Methods and Research*, 13(3), Feb., 1985:275-287.

Ashton, J., Grey, P., Barnard, K. Healthy Cities WHO's New Public Health Initiative. *Health Promotion*, 1(2), 1986:129-133.

Attinger, E. Dynamic Modeling and Health Policy Research. Methodological Foundations for Research on the Determinants of Health Development, Proceedings of an Informal Consultation, Geneva: World Health Organization, 1985.

Barrett, Susan and Hill, Michael. Policy, bargaining, and structure in implementation theory: Towards an integrated perspective. *Policy and Politics*, 12(3), 1984:219-240.

Berk, R., Boruch, R., Chambers, D., Rossi, P. and Witte, A. Social Policy Experimentation: A Position Paper. *Evaluation Review*, 9(4), August 1985:387-429.

Campbell, D. Reforms as Experiments. *American Psychologist*, 24(4), 1969:409-429.

Dror, Yehezkel. Some Features of a Meta-model for Policy Studies. *Policy Studies Journal*, 3(3), Spring 1975:247-255.

Frank, J. Public Health Policy and the Quality of Epidemiological Evidence: How Good Is Good Enough?. *Journal of Public Health Policy*, Sept. 1985:314-321.

Graham, G. and Graham, S. Macroevaluation: Framework for a Policy System. *Policy Studies Journal*, 3(3), 1975:262-268.

Lasswell, H. D. The policy orientation. In D. Lerner and H.D. Lasswell (eds.), *The Policy Sciences*. Stanford, CA: Stanford University Press,1951:3-15.

Lasswell, H.D. *A Pre-view of the Policy Sciences*. New York: American Elsevier, 1971.

Mark, M. and Shotland, R. Stakeholder-based Evaluation and Value Judgments. *Evaluation Review*, 95, 1985:605-625.

McQueen, D. Research in Health Behaviour, Health Promotion, and Public Health. Unpublished paper, 1987.

Milio, Nancy. Healthy Public Policy: Issues and Scenarios. Paper prepared for a symposium on Healthy Public Policy, Yale University, Oct. 5-6, 1987a.

Milio, Nancy. Personal interview, October 28, 1987b.

O'Toole, Laurence J. Policy recommendations for multi-actor implementation: An assessment of the field. *Journal of Public Policy*, 6(2), 1986:181-210.

Planning and Management for Health. Report on a European conference, The Hague, 27 August 1 September, 1984. Euro Reports and Studies 102. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1984.

Research in Health Promotion: Priorities, Strategies, Barriers. World Health Organization. Report on a joint WHO/SHEG workshop, Edinburgh, Nov. 5-7, 1984.

Sabatier, Paul A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 1986:21-48.

Shortell, S. Improving Health Care Policy Research. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 6(4), 1982:681-701.

Susman, G. and Evered, R. An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly*, 23, December 1978:582-603.

Thain, Colin. Implementing economic policy: An analytical framework. *Policy and Politics*, 15(2), 1987:67-75.

Vuori, H. WHO A Source of Inspiration for Researchers?. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 15, 1987:57-61.

Wittrock, Bjorn and DeLeon, Peter. Policy as a moving target:

Ziglio, Erio. Health Policy Study: Stimulus Protocol. Stimulus paper prepared for WHO meeting on health promotion research, October 4-6, 1987b, Edinburgh, Scotland.

Coordination de la politique publique favorisant la santé

Bibliographie

LES DÉVELOPPEMENTS CANADIENS DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Brunet, J., Dillard, S., Brunelle, Y. and Blanchet, M. Health objectives for Quebec. Unpublished paper. May 14, 1985.

Chenoy, N.C. Health Promotion. Notes for a presentation to Action Centre Conference (1986), Hamilton, Ontario, October 4, 1986.

Document d'orientation du Programme national de lute contre le tabagisme au Canada. Comité de consultation, de planification et de mise en oeuvre du Programme national de lutte contre le tabagisme, juin 1987.

Foster, P. Health board heal thyself. *The Financial Post*, November 16, 1987:14.

Hancock, T. *Creating environments for health*. Background paper prepared for An International Conference on Health Promotion: The Move Towards A New Public Health. November 17-21, Ottawa, Ont., 1986b.

Health for All Ontario. Report of the Panel on Health Goals for Ontario. August 1987.

Health Promotion Matters in Ontario. Report of the Minister's Advisory Committee on Health Promotion, 1987.

Korn, D. and Conway, J. *Making gains in health through health promotion*. Paper prepared for Second Annual Conference on Health Care in Canada, Wilfrid Laurier University, May 1, 1987.

Labonte, R. and Penfold, S. Analyse critique des perspectives canadiennes en promotion de la santé. *Éducation sanitaire*, avril 1981:4-9

Laframboise, H.L. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, February 3, 1973, 178:388-393.

Lalonde, Marc. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1974.

Long-term Goals and Objectives for Health in Ontario. Mission statement of the Ontario Council of Health, August 1983.

McWhinney, I.R. Fine words, but will he deliver? *Canadian Medical Association Journal*, 36, March 1, 1987:473-474.

Mustard, J.F. "Achieving Health for All": implications for Canadian health and social policies. *Canadian Medical Association Journal*, 136, March 1, 1987:471-473.

Niblett, D. Health promotion: a rediscovered social imperative? *Canadian Journal of Public Health*, 66, Sept./Oct. 1975:357-358.

Objectif Santé. Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé. Québec: Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984.

Objective: A Health Concept in Quebec. A Report of the Task Force on Health Promotion. Translated by M.S. Gayk. Ottawa: Canadian Hospital Association, 1986.

Ontario Ministry of Health. *Health Care: The 80s and Beyond*. December 1983.

Rootman, Irving. Development of a national health promotion survey: The Canadian experience. *Health Promotion*, 1(3), 1986:393-399.

Rootman, Irving. Personal correspondence, December 23, 1987.

Ruderman, A.P. L'heure est venue de "commercialiser" la promotion de la santé au Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 77, septembre/octobre 1986:315-317.

Six Program Priorities for a Healthier Alberta by 1990 and 1995. A discussion document. Prepared for the Joint Long Range Planning Steering Committee of the Health Unit Association of Alberta, March, 1985.

Squires, B.P. Medical education to achieve health for all. *Canadian Medical Association Journal*, 136, March 1, 1987:474-475.

Stephens, T. Habitudes de vie saines pour tous en l'an 2000? *Promotion de la santé*, automne 1985:2-6.

Strengthening Community Health Means Strengthening Communities. Draft report. Canadian Public Health Association. Ottawa, Ontario, 1987.

Toward A Shared Direction for Health in Ontario. Report of the Ontario Health Review Panel. June 1987.

LES DÉVELOPPEMENTS CANADIENS DANS LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Glynn, P. and Edwards, P. *An Ecological Framework for Health Policy: The Canadian Experience*. (In press).

Pinder, Lavada. *Healthy Public Policy*. Unpublished working notes. June 18, 1987.

Pinder, Lavada. Healthy public policy in Canada. Presentation at *Other Voice*, The Canadian Institute of Planners, National Conference, Toronto, July 5-8, 1987.

Ziglio, E. "Uncertainty" in health promotion: Nutrition policy in two countries. *Health Promotion*, 1(3), 1986b:257-268.

COORDINATION

Aldrich, H. Resource dependence and interorganizational relations. *Administration and Society*, 7(4), 1976:419-454.

Ashford, D.E. The structural comparison of social policy and intergovernmental politics. *Policy and Politics*, 12(4), 1984:369-389.

Booth, T. Collaboration between the health and social services: Part I, a case study in joint care planning. *Policy and Politics*, 9(1), 1981:23-49.

Booth, T. Collaboration between the health and social services: Part II, a case study in joint finance. *Policy and Politics*, 9(2), 1981:205-226.

DiStefano, T. Interorganizational conflict: a review of an emerging field. *Human Relations*, 37(5), 1984:351-366.

Fombrun, C.J. Structural dynamics within and between organizations. *Administrative Science Quarterly*, 31, 1986:403-421.

Gray, B. Conditions facilitating interorganizational collaboration. *Human Relations*, 38(10), 1985:911-936.

Gray, B. and Hay, T.M. Political limits to interorganizational consensus and change. *The Journal of Applied Behavioural Science*, 22(2), 1986:95-111.

Harrison, L. and Tether, P. The co-ordination of UK policy on alcohol and tobacco: The significance of organizational networks. *Policy and Politics*, 15(2), 1987:77-90.

Malkas, T. Health effects of unemployment and national health policy in Finland. In G. Westcott, P.G. Svensson and H. Zollner (Eds.), *Health policy implications of unemployment*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985:357-368.

Moran, G. Health promotion in local government: A British experience. *Health Promotion*, 1(2), 1986:191-200.

Mueller, K.J. Local implementation of national policy. *Policy Studies Review*, 4(1), 1984:86-98.

Nixon, J. Communication, co-ordination and implementation. *Policy and Politics*, 10(2), 1982:139-161.

Raadschelders, J.C.N. Coproduction in the fight against youth unemployment. *Planning and Administration*, 1, 1986:14-24.

Rahim, M.A. A strategy for managing conflict in complex organizations. *Human Relations*, 38(1), 1985:81-89.

Stahlberg, K. Local complexity and central bureaucracy in Finnish health care planning. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 8(3), 1983:444-462.

Trist, E.L. Collaboration in work settings: A personal perspective. *Journal of Applied Behavioural Science*, 13(3), 1977:268-278.

Trist, E.L. Referent organizations and the development of interorganizational domains. *Human Relations*, 36(3), 1983:247-268.

Vredenburgh, D.J. and Maurer, J.G. A process framework of organizational politics. *Human Relations*, 37(1), 1984:47-66.

Weiss, J. Substance vs. symbol in administrative reform: the case of human services coordination. *Policy Analysis*, 7(1), 1981:21-45.

ÉCOLOGIE DES POLITIQUES

Cox, Andrew. On the role of the state in urban policy-making: the case of inner-city and dispersal policies in Britain. In Valdo Pons and Ray Francis (eds.), *Urban Social Research: Problems and Prospects*. London: Routledge and Kegan Paul: 31-65.

Duhl, L.J. *Health planning and social change*. New York: Human Sciences Press, Inc., 1986.

Elias, W.S. and Murphy, R.J. The case for health promotion programs containing health care costs: a review of the literature. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40(11), 1986:659-763.

Emery, Fred. Cities, markets and civilized work, Anno 2000. *Human Relations*, 38(12), 1985b:1101-1112.

Fox, D.M. The consequences of consensus: American health policy in the twentieth century. *Milbank Quarterly*, 64(1), 1986:76-99.

Ginzberg, E. The delivery of health care: what lies ahead? *Inquiry*, XX Fall, 1983: 201-217.

Gough, Ian. *The Political Economy of the Welfare State*. London: MacMillan Press, 1979.

Hancock, T. Health in transition. *Canadian Home Economics Journal*, 35(1), 1985:11-13, 16.

Hatcher, G.H. Canadian approaches to health policy decisions national health insurance. *American Journal of Public Health*, 68(9):881-889.

Hessler, Richard M. and Twaddle, Andrew C. Power and change: primary health care at the crossroads in Sweden. *Human Organization*, 45(2), 1986:134-147.

Hill, Robert C. Market, state and community: national urban policy in the 1980s. *Urban Affairs Quarterly* 19(1), 1983:5-20.

Hueglin, T.O. The politics of fragmentation in an age of scarcity: a synthetic view and critical analysis of the welfare state crisis. *Canadian Journal of Political Science*, XX(2), June 1987:235-264.

de Kervasdoue, Jean, Kimberly, John R. and Rodwin, Victor G. (eds.). *The End of an Illusion: The Future of Health Policy in Western Industrialized Countries*. Berkeley: University of California Press, 1984.

Khakee, Abdul and Dahlgren, Lars. Values in futures studies and long term planning. *Futures*, 18(1), 1986:52-67.

McKnight, John. Professionalized service and disabling help. In I. Illich (ed.), *Disabling Professions*. Toronto: Burns and MacEachern, 1977:69-91.

Meilicke, Carl and Storch, Janet L. (eds). *Perspectives on Canadian Health and Social Services Policy: History and Emerging Trends*. Ann Arbor, Michigan: Healthy Administration Press, 1980.

Meyer, Jack A. and Ein, Marion, (eds). *Charting the Future of Health Care*. Washington: American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1986.

Milio, Nancy. Commentary: Creating a healthful future. *Community Health Studies*, IX(3), 1985a:270-274

Mustard, J. Fraser. *Achieving Health for All*: Implications for Canadian health and social policies. *Canadian Medical Association Journal*, 136, March 1, 1987:471-473.

Naisbitt, John. *Megatrends*. New York: Warner Books, Inc., 1982.

Navarro, Vincente. The crisis of the international capitalist order and its implications for the welfare state. *International Journal of Health Services*, 12(2), 1982:169-190.

Robbins, Anthony. Public health in the next decade. *Journal of Public Health Policy*, December 1985:440-446.

Robertson, James. *The Sane Alternative: A Choice of Futures*. St. Paul, Minnesota: River Basin Publishing Company, 1978.

Rosenthal, Marilynn M. Beyond equity: Swedish health policy and the private sector. *Milbank Quarterly*, 64(4), 1986:592-621.

Russell, L.B. The economics of prevention. *Health Policy*, 4, 1984:85-100.

Schon, Donald A. *Beyond the Stable State*. New York: W.W. Norton and Company, 1971.

Schwartz, Peter and Ogilvy, James. The emergent paradigm: Changing patterns of thought and belief. Analytical Report #7, Values and Lifestyles Program, 333 Ravenswood Avenue, Menlo Park, CA 94025, 1979.

Segall, Malcolm. On the concept of a socialist health system: A question of Marxist epistemology. *International Journal of Health Services*, 13(2), 1983: 221-225.

Waitzkin, Howard. Health policy and social change: A comparative history of Chile and Cuba. *Social Problems*, 31(2), 1983: 235-248.

Wallerstein, Immanuel. Economic cycles and socialist policies. *Futures*, 16(6), 1984:579-585.

Weller, G.R. The determinants of Canadian health policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 5(3), 1980:405-418.

Weller, G.R. The push for reprivatization of health care services in Canada, Britain and the United States. *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 8(3), 1983:495-518.

White, N.F. *Future Models for the Health Field*. Paper prepared for Session 1411, Models for the Future of the Health Sciences, of the First Global Conference on the Future, July 24, 1980.

PLAN D'ENSEMBLE

Clements, Paul. A conceptual framework for analyzing, managing and evaluating village development projects. *Sociologia Ruralis* XXVI(2), 1986:128-145.

Draper, Ron. Framework for healthy public policy. Unpublished mimeograph, 1987b.

Health Promotion: Concept and Principles, in Action, A Policy Framework. Unpublished discussion document. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986.

Milio, Nancy. Toward a framework for healthy public policies. Unpublished paper from a World Health Organization seminar, Amsterdam, December 7-14, 1985c.

MOVEMENT POUR LA SANTÉ POUR TOUS

Asvall, J.E. Towards a European policy in health. *Health policy*, 6, 1986:221-226.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa: Organisation mondiale de la Santé, Association canadienne de santé publique, Santé et Bien-être social Canada, novembre, 1986.

De Jong, G.A. and Rutten, F.F.H. Justice and health for all. *Social Science and Medicine*, 17(16), 1983:1085-1095.

Duhl, L.J. The healthy city: its function and its future. *Health Promotion*, 1(1), 1986b: 55-60.

Farrant, Wendy. Health for All in the Inner City. Proposed Framework for a Community Development Approach to Health Promotion Policy and Planning at District Level. District Health Promotion Group, Paddington and North Kensington Health Authority, 1986.

Health Education and Promotion in Victoria. Report to the Minister of Health, June 1986.

Health for All by the Year 2000. Plan of Action for the implementation of regional strategies. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1982.

Health for All – 2000 and health promotion. Bloomsbury, London: Bloomsbury Health Authority, 1986.

Hellberg, H. Health for all and primary health care in Europe. *Public Health*, 101, 1987:151-157.

Isacsson, S-O. Health for All in Europe. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 4(13), 1985:135-136.

Mahler, H. Allocution du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, prononcée lors de la cérémonie d'inauguration de la Conférence internationale sur la promotion de la santé dans les pays industrialisés. *Revue canadienne de santé publique*, 77, novembre/décembre, 1986:387-389.

Mahler, H. The meaning of "health for all by the year 2000". *World Health Forum*, 2(1), 1981:5-22.

Monekesso, G.L. A functional breakdown of the goal of "Health for All by the Year 2000". *West Indian Medical Journal*, 33(3), 1984: 140-145.

Navarro, V. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata declaration. *International Journal of Health Services*, 14(2), 1984:159-172.

(The) Role of intersectoral cooperation in national strategies for Health for All. Report of the Technical Discussions at the 1986 World Health Assembly. *Health Promotion*, 1(2), 1986:239-251.

Rosdahl, N. Health for All by the Year 2000. Nordic responsibilities and potential approaches. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 4(13), 1985:133-134.

Strong, P.M. A new-modelled medicine? Comments on the WHO's Regional Strategy for Europe. *Social Science and Medicine*, 22(2), 1986:193-199.

Vuori, H. La Santé pour tous et l'hygiène publique. *Revue canadienne de santé publique*, 76, janvier/février 1985:13-16.

PLANIFICATION DE LA SANTÉ

Blum, Henrik L. *Planning for Health: Generics for the Eighties*. New York: Human Sciences Press, 1981.

DeSario, Jack. Demise of health planning in the United States: The politics of incremental health policy formation. *Journal of Public Health Policy*, June 1982: 164-177.

Duhl, Leonard. *Health Planning and Social Change*. New York: Human Sciences Press, 1986a.

Dumoulin, Jerome. Representations used for health planning: Naivety and crisis in the concepts and methods. *Health Policy* 5, 1985:199-205.

Nutt, Paul C. *Planning Methods for Health and Related Organizations*. New York: John Wiley and Sons, 1984.

Pannenborg, Charles O., van der Werff, Albert, Hirsch, Gary B. and Barnard, Keith (eds.). *Reorienting Health Services: Application of a Systems Approach*. New York: Plenum Press, 1984.

Planning and management for health. Copenhagen: World Health Organization, Regioanl Office for Europe, 1984.

Reeves, Philip N., Bergwall, David F. and Woodside, Nina B. *Introduction to Health Planning*. Arlington, VA: Information Resources Press, 1984.

POLITIQUES DE LA SANTÉ

Alford, Robert. *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*. Chicago: University of Chicago Press, 1975.

Baggot, Rob. Alcohol, politics and social policy. *Journal of Social Policy* 15(4), 1986:467-488.

Blum, Linda M. Politics and policy-making: The comparable worth debate. *Berkeley Journal of Sociology*, XXXVIII, 1983:39-67.

Calnan, Michael. The politics of health: The case of smoking control. *Journal of Social Policy*, 13(3), 1984:279-296.

Fontana, Leonard. Clique formation in a regional health planning agency. *Human Relations*, 38(9), 1985:895-910.

Fontana, Leonard. Political ideology and local health planning in the United States. *Human Relations*, 39(6), 1986:541-556.

Klein, Rudolf. The politics of ideology versus the ideology of politics: The case of Britain's National Health Service in the 1980s. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62(1), 1984:82-102.

Koplin, Allen N. The politics of public health decision-making. *Journal of Public Health Policy*, September 1985:329-334.

Litman, Theodor J. and Robins, Leonard S. (eds.). *Health Politics and Policy*. New York: John Wiley and Sons, 1984.

McKnight, J. Politicizing health care. In Peter Conrad and Rochelle Kern (eds.). *The Sociology of Health and Illness*, Critical Perspectives, 2nd Edition. New York: St. Martin's Press, 1986:412-416.

O'Neill, M. Action politique locale ou élaboration de politiques gouvernementales? Quelques nouveaux enjeux pour les éducateurs sanitaires. *Éducation sanitaire*, janvier 1980, 4-6, 9.

O'Neill, Michel. Les contraintes imposées par les facteurs politiques aux interventions gouvernementales en promotion de la santé. Draft, 1987. To appear in *Hygiene* 4(4), 1987.

Popham, G.T. Government and smoking: Policy-making and pressure groups. *Policy and Politics*, 9(3), 1981: 331-347.

Pross, Paul. *Pressure Group Behaviour in Canadian Politics*. Scarborough, Ontario: McGraw-Hill Ryerson, 1975.

Taylor, R.C.R. The politics of prevention. *Social Policy*, Summer 1982:32-41.

Tesh, S. Disease causality and politics. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 6(3), 1981:369-390.

Tierney, John T. Organized interests in health politics and policy-making. *Medical Care Review* 44(1), 1987: 89-118.

PROMOTION DE LA SANTÉ

Allison, Kenneth R. L'éducation sanitaire: la responsabilité individuelle et la victime prise comme bouc émissaire, *Éducation sanitaire*, printemps, 1982: 11-13, 24.

Cowley, J. When health promotion works, the opposition begins: a personal view. *Health Promotion*, 1(2), 1986:201-209.

Crawford, Robert. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7, 1977:663-680.

Draper, Ron. Informal lecture given at Health and Welfare Canada, September 22, 1987a.

Health Promotion: Concept and Principles, in Action, A Policy Framework. Unpublished discussion document. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986.

Health Promotion: Concepts and Principles. Unpublished working papers presented at the Working Group on Concepts and Principles, Copenhagen, 9-13 July, 1984.

Health Promotion Glossary. D. Nutbeam, (Ed.). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. July 1985.

Kickbusch, Ilona. Involvement in health: a social concept of health education. *International Journal of Health Education*, Supplement to XXIV, Issue 3, Oct./Dec. 1981:2-15.

Kickbusch, Ilona. Health promotion: A typology. *Health Promotion: Concepts and Principles*, A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles, Copenhagen, 9-13 July, 1984. Unpublished material received from World Health Organization, Regional Office for Europe.

Kickbusch, Ilona. Health promotion: A global perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 77, Sept./Oct. 1986:321-326.

Kickbusch, I. Issues in health promotion. *Health Promotion*, 1(4), 1987:437-442.

Labonte, R. and Penfold, S. *Health Promotion Philosophy*. Vancouver: Western Regional Office, Health Promotion Directorate, Health and Welfare Canada, 1981.

Lifestyles and Their Impact on Health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Unpublished technical document EUR/RC33/Tech.Disc./1, 1982.

Love, Rhonda and Kalnins, Ilze. Individualist and structuralist perspectives on nutrition education for Canadian children. *Social Science and Medicine*, 18(3), 1984:199-204.

McKeown, Thomas. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

McKnight, J.L. Well-being: The new threshold to the old medicine. *Health Promotion*, 1(1), 1986:77-80.

Player, D. Health education and health promotion a positive approach. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79, Supplement 13, 1986:2-4.

Research in health promotion: priorities, strategies, barriers. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Unpublished document ICP/HSR 601/m01, 1984.

Ryan, William. *Blaming the Victim*. New York: Pantheon, 1971.

Terris, M. What is health promotion? *Journal of Public Health Policy*. 7(2), 1986:147-151.

Vienna Dialogue on "Health Policy and Health Promotion Towards a New Conception of Public Health". Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Unpublished document ICP/HSR 623, 1987.

Williams, G. Health promotion caring concern or slick salesmanship? *Journal of Medical Ethics*, 10, 1984:191-195.

LA POLITIQUE PUBLIQUE FAVORISANT LA SANTÉ

Beyond health care: Proceedings of a conference on healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement 1, May/June 1985.

Buck, C. Beyond Lalonde – creating health. *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement 1, May/June 1985:19-24.

Draper, Ron. Informal lecture given at Health and Welfare Canada, September 22, 1987a.

Emery, Fred. Public policies for healthy workplaces. *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement 1, May/June 1985a:46-50.

First Announcement. Healthy Public Policy, 2nd International Conference on Health Promotion, April 5-10, 1988, Adelaide, South Australia. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, May 6, 1987.

Hancock, Trevor. Beyond health care. *The Futurist*, August 1982:4-13.

Hancock, Trevor. Creating environments for health. Background paper prepared for An International Conference on Health Promotion: The Move Towards a New Public Health, Ottawa, Ontario, November 1986b.

Hancock, Trevor. Personal interview, November 9, 1987a.

Health Promotion: Concept and Principles, In Action, A Policy Framework. Unpublished discussion document. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986.

Healthy Public Policy - Strategies for Action: The Adelaide Recommendations. World Health Organization, 1988.

Hetherington, Robert W. and Calderone, Gerald E. Prevention and health policy: A view from the social sciences. *Public Health Reports*, 100(5):507-514.

Intersectoral Action for Health. The role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all. Geneva: World Health Organization, 1986.

Labonte, R. Social inequality and healthy public policy. *Health Promotion*, 1(3), 1986:341-351.

Milio, Nancy. Commentary: Creating a Healthful Future. *Community Health Studies*. IX(3), 1985a:270-274.

Milio, Nancy. Healthy nations: Creating a new ecology of public policy for health. *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement 1, May/June 1985b:79-87.

Milio, Nancy. *Towards a Framework for Health-Promoting Public Policies*. Unpublished paper prepared for a WHO Seminar, Amsterdam, Dec. 7-14, 1985c.

Milio, Nancy. *Promoting Health Through Public Policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986a.

Milio, Nancy. *Building Healthy Public Policies: Focus for a New Public Health*. Unpublished paper prepared for An International Conference on Health Promotion: The Move Towards A New Public Health, November 17-21, Ottawa, Ont., 1986b.

Milio, Nancy. Multisectoral policy and health promotion: where to begin? *Health Promotion*, 1(2), 1986c:129-132.

Milio, Nancy. *Healthy Public Policy: Issues and Scenarios*. Unpublished paper prepared for A Symposium on Healthy Public Policy, Yale University, Oct. 5-6, 1987a.

Milio, Nancy. Personal interview, October 28, 1987b.

Planning and management for health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1984.

Reports of the sub-plenary sessions. Healthy public policy. *Health Promotion*, 1(4), 1987:447-448.

Vienna Dialogue on "Health Policy and Health Promotion Towards a New Conception of Public Health". Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Unpublished document ICP/HSR 623, 1987.

APPLICATION

Barer, Morris L., Evans, Robert G., Stoddart, Greg L., Labelle, Roberta and Fulton, Jane. Lifestyles, linkages and liabilities: Theory and evidence justifying economic incentives for healthier lifestyles.

Program for Quantitative Studies in Economics and Population, Faculty of Social Sciences, McMaster University, Hamilton, Ontario. QSEP Research Report No. 112, 1984.

Barrett, Susan and Hill, Michael. Policy, bargaining and structure in implementation theory: Towards an integrated perspective. *Policy and Politics* 12(3). 1984:219-240.

Bowen, Elinor R. The Pressman-Wildavsky paradox: Four addenda, or why methods based on probability theory can predict implementation success and suggest useful tactical advice implementers. *Journal of Public Policy*, 3(4). 1982:1-22.

Hambleton, Robin. Planning systems and policy implementation. *Journal of Public Policy*, 3(4), 1983:397-418

Health for All by the Year 2000. Plan of Action for the implementation of regional strategies. Washington. D.C.: Pan American Health Organization, 1982.

Lane, J-E. Institutional innovation and implementation: The case of Sweden. *Policy Studies Journal*, 14(3), 1986:470-477

Linder, Stephen H. and Peters, B. Guy. A design perspective on policy implementation: The fallacies of misplaced prescription. *Policy Studies Review*, 6(3), 1987:459-475.

Mayer, Jeffrey P., Blakely, Craig H. and Davidson II, William S. Social program innovation and dissemination: A study of organizational change processes. *Policy Studies Review*, 6(2), 1986:273-286.

Mayntz, Renate. Public bureaucracies and policy implementation. *International Social Science Journal*, 31(4), 1979:633-645.

Mayntz, Renate. The conditions of effective public policy: A new challenge for policy analysis. *Policy and Politics*, 11(2), 1983:123-143.

McWhinney, Ian R. Fine words, but will he deliver? *Canadian Medical Association Journal*, 136, March 1, 1987:473-475.

Milio, N. Multisectoral policy and health promotion: where to begin? *Health Promotion*, 1(2), 1986c:129-132.

Nonneman, W. and Doorslaer, E. Van. Economic incentives in the health care industry: Implications for health policy making. *Health Policy*, 7, 1987:109-114.

O'Toole, Jr., Laurence. Policy recommendations for multi-actor implementation: An assessment of the field. *Journal of Public Policy*, 6(2), 1986:181-210.

Roberts, Jan and Colvin, Phyllis. Personal Communication, October 28, 1987.

Robertson, David Brian. Program implementation versus program design: What accounts for policy failure? *Policy Studies Review*, 3(3-4), 1984:391-405.

Sabatier, Paul A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 1986:21-48.

Sabatier, Paul A. and Mazmanian, Daniel. The conditions of effective implementation: A guide to accomplishing policy objectives. *Policy Analysis*, 5(4), 1979:481-504.

Siler-Wells, Gail. An implementation model for health system reform. *Social Science and Medicine*, 24(10), 1987:821-832.

Spitzer, Robert J. Promoting policy theory: Revising the areas of power. *Policy Studies Journal*, 15(4), 1987: 675-589.

Squires, Bruce P. Medical education to achieve Health for All. *Canadian Medical Association Journal*, 136, March 1, 1987:475-477.

Thain, Colin. Implementing economic policy: An analytical framework. *Policy and Politics*, 15(2), 1987:67-75.

Thrasher, Michael. Exchange networks and implementation. *Policy and Politics*, 11(4), 1983:375-391.

Wolman, Harold. The determinants of program success and failure. *Journal of Public Policy*, 1(4), 1981:433-464.

Woodside, Kenneth. Policy instruments and the study of public policy. *Canadian Journal of Political Science*, XIX(4), 1986:775-793.

SERVICES DE SANTÉ INTERNATIONNAUX ET LES DÉVELOPPEMENTS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Ashton, J., Grey, P. and Barnard, K. Healthy cities WHO's new public health initiative. *Health Promotion*, 1(2), 1986:129-133.

Ashton, J., Seymour, H., Ingledew, D., Ireland, R., Hopley, E., Parry, A., Ryan, M. and Holbourn, A. Promoting the new public health in Mersey. *Health Education Journal*, 45(3), 1986:174-179.

Bennett, F.J. Health revolution in Africa? *Social Science and Medicine*, 22(7), 1986:737-740.

Dahlgren, G. and Diderichsen, F. Strategies for equity in health: report from Sweden. *International Journal of Health Services*, 16(4), 1986:517-537.

Ekeid, S.E. *Health Services in Norway*. Oslo: The Directorate of Health, Norway.

Hancock, Trevor. Politiques sanitaires dans les pays nordiques: rapport préliminaire. *Revue canadienne de santé publique, 78, janvier/février 1987:9-10.*

Health Care in Denmark. Copenhagen: Ministry of the Interior of Denmark, 1985.

Health in Sweden. Stockholm: The Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 1982.

Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979.

Intersectorial Action for Nutrition and Health, Norwegian Policy. Oslo: National Nutrition Council, 1982.

Klepp, K-I. and Forster, J.L. The Norwegian nutrition and food policy: an integrated policy approach to a public health problem. *Journal of Public Health Policy*, December 1985:447-463.

Last, J.M. Méthodes et scénarios favorisant la planification sanitaire à long terme. *Revue canadienne de santé publique*, 78, janvier/fevrier 1987:11-12.

Leppo, K. and Vertio, H. Smoking control in Finland: A case study in policy formulation and implementation. *Health Promotion*, 1(1), 1986:5-16.

Lifestyle related diseases a major concern in Swedish health care planning. October 1980.

Malkas, T. Health effects of unemployment and national health policy in Finland. In G. Westcott, P.G. Svensson and H. Zollner (Eds.), *Health policy implications of unemployment.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985:357-368.

Milio, N. Promoting health through structural change: Analysis of the origins and implementation of Norway's farm-food-nutrition policy. *Social Science and Medicine*, 15A, 1981:721-734.

Shultz, J.M., Moen, M.E., Pechacek, T.F., Harty, K.C., Skubic, M.A., Gust, S.W. and Dean, A.G. The Minnesota plan for nonsmoking and health: The legislative experience. *Journal of Public Health Policy*, Autumn 1986: 300-313.

Thompson, E.B., Hamrell, M. and Coffin, R.R. The Heart Healthy Vermonter Program. *Journal of Public Health Policy*, Spring 1987:36-43.

INITIATIVES LOCALES DANS LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Ashton, J., Grey, P. and Barnard, K. Healthy cities WHO's new public health initiative. *Health Promotion*, 1(2), 1986:129-133.

Ashton, John. Healthy Cities A World Health Organization project. Unpublished manuscript, 1986.

City of Toronto Department of Public Health. Memorandum to Board of Health concerning the Establishment of an Environmental Protection Office within the Department of Public Health. February 10, 1987.

Duhl, L.J. The healthy city: its function and its future. *Health Promotion*, 1(1), 1986b:55-60.

Farrant, Wendy. Health for All in the Inner City. Proposed Framework for a Community Development Approach to Health Promotion Policy and Planning at District Level. District Health Promotion Group, Paddington and North Kensington Health Authority, 1986.

Hancock, Trevor. Healthy Toronto 2000: A vision of a healthy city. Unpublished manuscript, 1987b.

Hancock, T. and Duhl, L. *Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context.* Background working paper for the "Healthy Cities Symposium", Lisbon, Portugal, April 7 11, 1986.

Haughton, B. Developing local food policies: One city's experiences. *Journal of Public Health Policy*, Summer 1987:180-191.

Healthy Toronto 2000. Toronto: Healthy Toronto 2000 Subcommittee, Board of Health, August 1987.

Macpherson, Alexander S. Personal interview, November 18, 1987.

Seymour, H., Ashton, J. and Edwards, P. Health museums or theme parks: a new approach to intersectoral collaboration. *Health Promotion*, 1(3), 1986:311-317.

PARTICIPATION

Arnstein, Sherry R. A ladder of citizen participation. *AIP Journal*, July 1969:216-224.

Bjorkman, James Warner. Who governs the health sector? Comparative European and American experiences with representation, participation and decentralization. *Comparative Politics*, July 1985a:399-420.

Bruton, M.J. Public participation. local planning and conflicts of interest. *Policy and Politics*, 8(4). 1980:423-442.

Checkoway, Barry, O'Rourke, Thomas W. and Bull, David. Correlates of consumer participation in health planning agencies: Findings and implications from a national survey. *Policy Studies Review*, 3(2), 1984:296-310.

Cohen, Jean L. Rethinking social movements. *Berkeley Journal of Sociology*, XXVIII, 1983:97-113.

Diem, Elizabeth C. The 1983 Ontario Minister of Health's Policy Conference: Assessing the benefits and risks of formal consultation. M.Sc. Thesis, University of Toronto, 1985.

Duncan, Graeme (ed.). *Democratic Theory and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

Edwards, John N. and White, Randall P. Predictors of social participation: Apparent or real? *Journal of Voluntary Action Research*, 9(1-4), 1980:60-73.

Gittell, Marilyn. The consequences of mandating citizen participation. *Policy Studies Review*, 3(1), 1983:90-95.

Mulgan, R.C. Who should have how much say about what? Some problems of pluralist democracy. *Political Science*, 36(2), 1984:112-124.

Nanetti, Rafaela Y. From the top-down: Government promoted citizen participation. *Journal of Voluntary Action Research*, 9(1), 1980:149-164.

Nanetti, Rafaela Y. Neighbourhood institutions and policy outputs: The Italian case. *International Journal of Urban and Regional Research*, 9(1), 1985:113-135.

Parker, Robert Nash. Measuring social participation. *American Sociological Review*, 48(6), 1983:864-873.

Riddick, Carol Cutler, Cordes, Sam, Eisele, Tura and Montgomery, Alison. The health planning process: Are consumers really in control? *Health Policy*, 4, 1984:117-127.

Sills, P., Marsden, D. and Taylor, M. Decentralization: Current trends and issues. *Community Development Journal*, 21(2), 1986:84-87.

Stein, Arlene. Between organization and movement: ACORN and the Alinsky model of community organizing. *Berkeley Journal of Sociology*, XXXI, 1986:93-115.

Van Til, Jan. Citizen participation in the future. *Policy Studies Review*, 3(2), 1984:312-322.

Vuori, Hannu. Overview Community participation in primary health care: A means or an end? *Public Health Review*, 12, 1984:331-339.

ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE

Dryzek, John S. Don't toss coins in garbage cans: A prologue to policy design. *Journal of Public Policy*, 3(4), 1983:345-368.

Laumann, Edward O., Knoke, David and Kim, Yong-Hak. An organizational approach to state policy formation: A comparative study of energy and health domains. *American Sociological Review*, 50, February 1985:1-19.

Linder, Stephen H. and Peters, B. Guy. From social theory to policy design. *Journal of Public Policy*, 4(3), 1984:237-259.

Ingraham, Patricia W. Toward more systematic consideration of policy design. *Policy Studies Journal*, 15(4), 1987:611-628.

FAIRE UNE POLITIQUE DANS UN CLIMAT D'INCERTITUDE

Dror, Yehezekel. *Policymaking Under Adversity*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Books, 1986.

Duhl, Leonard J. *Health Planning and Social Change*. New York: Human Sciences Press, 1986a.

Emery, F.E. and Trist, E.L. *Towards a Social Ecology*. New York: Plenum/Rosetta, 1973.

Gemmill, Gary and Smith, Charles. A dissipative structure model of organization transformation. *Human Relations*, 38(8), 1985:751-766.

Hunter, David J. *Coping with Uncertainty: Policy and Politics in the National Health Service*. Chichester: Research Studies Press, 1980.

Jackson, Suzanne F. Planning for Health in a Changing Society: A study of the relationship between a changing social paradigm, turbulence, nonconventional health care practices and planning. Ph.D. Thesis, University of Waterloo, 1981.

McWhinney, Will. The resolution of complex issues. Draft unpublished manuscript, 1980.

Morgan, Gareth. Chapter 1: Emerging Managerial Competencies, Draft, in *Riding the Cutting Edge of Change: Emerging Managerial Competencies*. San Francisco: Jossey-Bass, 1988.

Morgan, Gareth and Ramirez, Rafael. Action learning: Metaphor for guiding social change. *Human Relations*, 37(1), 1983:1-28.

Pava, Calvin. Towards a Concept of Normative Incrementalism: One prospect for purposeful nonsynoptic change in highly fragmented social systems. Ph.D. Thesis, University of Pennsylvania, 1980.

Ziglio, Erio. Uncertainty and innovation in health policy: The Canadian and Norwegian approaches to health promotion. Ph.D. Thesis, University of Edinburgh, 1985.

Ziglio, Erio. Uncertainties and dilemmas in future health policy scenarios: Some cautionary issues. *Futures Research Quarterly*, 2(4), 1986a:5-15.

Ziglio, Erio. Uncertainty in health promotion: Nutrition policy in two countries. *Health Promotion*, 1(3), 1986b:257-268.

Ziglio, Erio. Policy-making and planning in conditions of Uncertainty: Theoretical considerations for health promotion policy. Working Paper #7, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1987a.

POLITIQUE GLOBALE

Balfe, Bruce E., Beiber, Gail, Boyle, Joseph F., Brochi, Severine J. and Lane, Kathren R. A health policy agenda for the American people: The issues and their development. *Journal of the American Medical Association*, 256(8), 1986:1021-1023.

Blumstein, James F. and Zubkoff, Michael. Public choice in health: Problems, politics and perspectives on formulating national health policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 4(3), 1979:382-413.

Campbell, Alan G. The application of science to health policy-making. *Health Management Forum*, 4(3), 1983:50-59.

Crichton, Anne. *Health Policy Making*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1981.

Diesing, Paul. *Science and Ideology in the Policy Sciences*. New York: Aldine Publishers, 1982.

Dror, Yehezkel. *Design for Policy Sciences*. New York: American Elsevier Publishing Company Inc., 1971.

Ham, Christopher. Approaches to the study of social policy making. *Policy and Politics*, 8(1), 1980:55-71.

Ham, Christopher. *Health Policy in Britain*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: MacMillan Publishers, 1985.

Hill, Michael and Ham, Christopher. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Brighton, Sussex: Wheatsheaf Books, 1984.

Kaprio, Leo A. A view on national health policy. *Health Policy*, 5, 1985:171-172.

Lee, Kenneth and Mills, Anne. *Policy-making and Planning in the Health Sector*. London: Croon Helm, 1982.

Lindblom, C.E. How to think about the policy-making process. Unpublished work, not to be cited without permission, 1986.

Nagel, Stuart S. *Public Policy: Goals, Means and Methods*. New York: St. Martin's Press, 1984.

Navarro, Vincente. Federal health policies in the United States: An alternative explanation. *The Milbank Quarterly*, 65(1), 1987:81-111.

Paul, Ellen Frankel and Russo, Jr., Philip A. *Public Policy: Issues, Analysis and Ideology*. Chatham, N.J.: Chatham Publishers Inc., 1982.

Wildavsky, Aaron. *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Boston: Little, Brown and Company, 1979.

Wittrock, Bjorn and DeLeon, Peter. Policy as a moving target: A call for conceptual realism. *Policy Studies Review*, 6(1), 1986:44-60.

ÉTABLIR DE NOUVEAUX CONCEPTS POUR UNE POLITIQUE DE LA SANTÉ

Brewer, Gary D. Policy Sciences, the Environment and Public Health. Unpublished paper prepared for a Symposium on Healthy Public Policy, Yale University, October 1987.

Hancock, Trevor. Beyond health care: Creating a healthy future. *The Futurist*, XVI(4), 1982:4-13.

Stewart, Gail Ward. The Leading Question: A Paper Related to a Project on Economics and Environment. Unpublished paper, property of the author, Ottawa, Ontario, 1984a.

Stewart, Gail Ward. Gaining perspective on environmental issues: A fresh look at familiar problems. *Focus*, 10(1), 1984b:14-16.

RÉFLEXIONS SUR "UNE NOUVELLE PERSPECTIVE POUR LA SANTÉ DES CANADIENS"

Evans, Robert. A Retrospective on the "New Perspective". *Journal of Health Policy, Politics and Law*. 7(2), 1982:325-344.

Hancock, Trevor. Lalonde and beyond: Looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". *Health Promotion*, 1(1), 1986a:93-100.

Terris, M. Newer perspectives on the health of Canadians: beyond the Lalonde Report. *Journal of Public Health Policy*, 5(3), 1984: 327-337.

RECHERCHE ET ÉVALUATION

Albrecht, G. and Johnson, D. The social context of policy research. *Sociological Methods and Research*, 13(3), Feb. 1985:275-287.

Asvall, J.E., Jardell, J.-P. and Nanda, A. Evaluation of the European strategy for Health for All by the Year 2000. *Health Policy*, 6, 1986:239-258.

Atal, Y. Using the social sciences for policy formulation. *International Social Science Journal*, 35(2), 1983:367-378.

Attinger, E. Dynamic Modeling and Health Policy Research. Methodological Foundations for Research on the Determinants of Health Development, Proceedings of an Informal Consultation, Geneva: World Health Organization, 1985.

Barrett, Susan and Hill, Michael. Policy, bargaining and structure in implementation theory: Towards an integrated perspective. *Policy and Politics*, 12(3), 1984:219-240.

Berk, R., Boruch, R., Chambers, D., Rossi, P. and Witte, A. Social policy experimentation: A position paper. *Evaluation Review*, 9(4), August 1985:387-429.

Bridyers, W. A brief chapter in the politics of prevention research. Editorial, *Journal of Public Health Policy*, March 1985:5-9.

Brown, V. Towards an epidemiology of health: A basis for planning community health programs. *Health Policy*, 4, 1985:331-340.

Campbell, D. Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24(4), 1969:409-429.

Davis, K. Research and policy formulation. Editorial, *Health Policy*, 7, 1987:295-296.

Dror, Yehezkel. Some features of a meta-model for policy studies. *Policy Studies Journal*, 3(3), Spring 1975:247-255.

Emery, Merrelyn and Emery, Fred. Searching for new directions, in new times...in new ways. In J.W. Sutherland (ed.), *Handbook for Public Administrators*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1978: 257-301.

Frank, J. Public health policy and the quality of epidemiological evidence: How good is good enough? *Journal of Public Health Policy*, Sept. 1985:314-321.

Glenn, Norval D. *Cohort Analysis*. Beverly Hills and London: Sage, 1977.

Gogstad, A. The use of social background data in social medicine research. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 14, 1986:49-50.

Graham, G. and Graham, S. Macroevaluation: Framework for a policy system. *Policy Studies Journal*, 3(3), 1975:262-268.

Himmelstrand, U. Ideology, science and policy impact: Thoughts on the tasks and challenges of the social sciences. *International Social Science Journal*, 34, 1982:503-516.

Hunt, S. Food and fibre in a Scottish community. *Health Education Research*, 2(3), 1987:223-229.

Jones, L. and Baker, M. The application of health economics to health promotion. *Community Medicine*, 8(3), 1986:224-229.

Kerlinger, F. *Foundations of Behavioral Research*. 2nd edition, New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1973.

Klein, Rudolf. Evaluation and social policy: Some reflections on ideas and institutions. *Evaluation and Program Planning*, 5, 1982:133-140.

Knox, P. Subjective Social Indicators and Urban Social Policy: A Review. *Policy and Politics*, 7(3), 1979:299-309.

Mark, M. and Shotland, R. Lance. Stakeholder-based evaluation and value judgments. *Evaluation Review*, 9(5), 1985:605-625.

McQueen, D. Research in Health Behaviour, Health Promotion and Public Health. Working Paper, #6, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1987.

McQueen, D., Roberts, M., Robertson, G., Loudon, N. and Shepard, C. A women's health shop: A practical example of health education and health promotion. *Health Education Research*, 2(3), 1987:239-244.

Means, R. Some ethical and practical problems in the construction of policy recommendations from implementation research. *Policy and Politics*, 10(2), 1982:205-215.

Mergler, D. Worker participation in occupational health research: Theory and practice. *International Journal of Health Services*, 17(1), 1987:151-167.

Milio, Nancy. Personal Interview. October 28, 1987b.

Mitroff, I. and Sagasti, F. Epistemology as general systems theory: An approach to the design of complex decision-making experiments. *Philosophy and Social Science*, 3, 1973:117-134.

Mootz, M. Health indicators. *Social Science and Medicine*, 22(2), 1986:255-263.

O'Toole, Laurence J. Policy recommendations for multi-actor implementation: An assessment of the field. *Journal of Public Policy*, 6(2), 1986:181-210.

Palumbo, Dennis J., Fawcett, Stephen B. and Wright, Paula. *Evaluating and Optimizing Public Policy*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books, 1981

Parker, Barnett R. and Lassner, Karen Johnson. Heuristic approaches to decision-making in the delivery of primary health care within developing regions. *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 10(1), 1985:157-180.

Planning and management for Health. Report on a European conference, The Hague, 27 August 1 Sep-

tember, 1984. Euro Reports and Studies 102. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1984.

Research in Health Promotion: Priorities, Strategies, Barriers. World Health Organization. Report on a joint WHO/SHEG workshop, Edinburgh, Nov. 5-7, 1984.

Robins, J., Landrigan, P., Robins, T. and Fine, L. Decision-making under uncertainty in the setting of environmental health regulations. *Journal of Public Health Policy*, Sept. 1985:322-328.

Sabatier, Paul A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 1986:21-48.

Seidel, A. Producing usable research: A selected review. *Policy Studies Review*, 3(1), August 1983:52-56.

Shortell, S. Improving health care policy research. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 6(4), 1982:681-701.

Susman, G. and Evered, R. An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly*, 23, December 1978:582-603.

Terris, M. Health policy and the quality of the evidence: Introduction. *Journal of Public Health Policy*, September 1985:307-312.

Thain, Colin. Implementing economic policy: An analytical framework. *Policy and Politics*, 15(2), 1987:67-75.

Thomas, Patricia. Social research and government policy. In Martin Loney et al. (eds.), *Social Policy and Social Welfare*. Milton Keynes: Open University Press, 1983:117-

Topalov, Christian. Social policies from below: A call for comparative historical studies. *International Journal of Urban and Regional Research*, 9(2), 1985:254-271.

Tornatzky, Louis G. and Johnson, Elmima C. Research on implementation: Implications for evaluation practice and evaluation policy. *Evaluation and Program Planning*, 5, 1982:193-198.

van Etten, G. and Rutten, F. The social sciences in health policy and practice. *Social Science and Medicine*, 22(11), 1986:1187-1194.

Vertio, Harri. Healthy Cities. Promoting Health in the Urban Context: Dimensions and Indicators. Background paper prepared for the Healthy Cities Symposium, Lisbon, Portugal, April 7-11, 1986.

Vuori, H. WHO – A source of inspiration for researchers? *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 15, 1987:57-61.

Walker, B., The role of statistics in state health policy decisions: The Massachusetts experience. *Journal of Public Health Policy*, Spring 1986:12-20.

Wilde, Keith. The establishment of futures thinking in government service. *Futures Canada*, 1987:18-21.

Williams, S. and Wysong, J. Health services research and health policy formulation: An empirical analysis and a structural solution. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2, 1977:362-387.

Wittrock, Bjorn and DeLeon, Peter. Policy as a moving target: A call for conceptual realism. *Policy Studies Review*, 6(1), 1986:44-60.

Ziglio, Erio. Health Policy Study: Stimulus Protocol. Stimulus paper prepared for WHO meeting on health promotion research, October 4-6, 1987b, Edinburgh, Scotland.

RÔLE DES PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Fowler, G. Health education in general practice. *Health Education Journal*. 44(1), 1985:44-45.

Jaffe, E. The role of occupational therapy in disease prevention and health promotion. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40(11), 1986:749-752.

Miller, C. Arden. An agenda for public health departments. *Journal of Public Health Policy*, June 1985:158-171.

Roemer, M.I. The value of medical care for health promotion. *American Journal of Public Health*, 74(3), 1984:243-247.

Squires, B.P. Medical education to achieve health for all. *Canadian Medical Association Journal*, 136, March 1, 1987:474-475.

Terris, M. Health promotion and disease prevention: What can medical schools contribute? *Forum*, XX(5), 1987:1-5.

STRATÉGIES

Angus, D.E. and Manga, P. Stratégies nationales de santé: l'heure d'une "nouvelle perspective". *Revue canadienne de santé publique*, 77, mars/avril 1986:81-84

Dahlgren, Goran and Diedrichsen, Finn. Strategies for equity in health: Report from Sweden. *International Journal of Health Services*, 16(4), 1986:517-537.

Epp, Jake. Stratégies nationales en promotion de la santé. *Revue canadienne de santé publique*, 77, juillet/août 1986:243-247.

Lamb, Jr., Charles. Public sector marketing is different. *Business Horizons*, July/August, 1987:56-60.

Mason, Richard O. A dialectical approach to strategic planning. *Management Science*, 15(3), 1968:403-414.

Porter, Michael. The case for rethinking strategic planning. *Globe and Mail*, June 8, 1987:B1,B6.

(A) Proposal to Establish Health Objectives and Strategies for Canada. Canadian Public Health Association, Ottawa, Ontario, 1985.

Quinn, James Brian. Strategic goals: Process and politics. *Sloan Management Review*, Fall 1977:21-37.

Solesbury, William. Strategic planning: Metaphor or method? *Policy and Politics*, 9(4), 1981:419-437.

VISION, VALEURS ET BUTS

Addiss, S.S. Setting goals and priorities: 1984 Presidential address. *American Journal of Public Health*, 75(11), 1985:1276-1280.

Becker, M. The tyranny of health promotion. *Public Health Reviews*, 14, 1986: 15-25.

Bjorkman, James Warner. Equity and social policy: conceptual ambiguity in welfare criteria. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 5(2), 1985b:16-32.

Dunn, William N. (ed.) *Values, ethics and the practice of policy analysis*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books, 1982.

Gish, Oscar. Values in health care. *Social Science and Medicine*, 19(4), 1984:333-339.

Goodman, L.E. and Goodman, M.J. Prevention how misuse of a concept undercuts its worth. *Hastings Center Report*, April 1986:26-38.

Gunning-Schepers, Louise J. Health for all by the year 2000: A mere slogan or a workable formula? *Health Policy*, 6, 1986:227-237.

Jackson, Ray W. *Human Goals and Science Policy*. Science Council of Canada Background Study No. 38, 1976.

Kemm, J.R. The ethics of food policy. *Community Medicine*, 7, 1985:289-294.

Last, J. L'éthique de paternalisme en santé publique. *Revue canadienne de santé publique*, 78, janvier/février 1987:3-4.

McKnight, John. Regenerating community. *Social Policy*, Winter 1985:54-58.

Musheno, Michael C. The justice motive in the social policy process: Searching for normative rules of distribution. *Policy Studies Review*, 5(4), 1986:697-704.

Robinson, James C. Philosophical origins of the economic valuation of life. *The Milbank Quarterly*, 64(1), 1986:133-155.

Smith, Christopher J. Equity in the distribution of health and welfare services: Can we rely on the State to reverse the 'inverse care law'? *Social Science and Medicine*, 23(10), 1986:1067-1078.

Spassoff, R.A. La santé publique et les objectifs de santé. *Revue canadienne de santé publique*, 78(5), 1987:291-292.

Terris, Milton. Newer perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report. *Journal of Public Health Policy*, September 1984:327-337.

Terris, Milton. Redefining the public health agenda. *Journal of Public Health Policy*, Summer 1987:151-163.

Weale, Albert. Issues of value and principle in social policy. In Martin Loney, David Boswell and John Clarke (eds.), *Social Policy and Social Welfare*. Milton Keynes: Open University Press, 1983.

ORGANISATIONS ET ASSOCIATIONS BÉNÉVOLES

Health: a need for redirection. Canadian Medical Association, Task Force on the Allocation of Health Care Resources. Toronto, 1984.

(A) Proposal to Establish Health Objectives and Strategies for Canada. Discussion paper submitted by the Canadian Public Health Association with support and assistance from the Ontario Public Health Association, September 1985.

Tejada-de-Rivero, D.A. Meeting the challenge of health for all: The indispensable contribution of national public health associations. *Public Health Review*, 12, 1984:208-212.

(A) Vision for A Healthy Ontario. Paradigm Health. July 1986.

Vuori, H. La santé pour tous et l'hygiène publique. *Revue canadienne de santé publique*, 76, janvier/février 1985:13-16.

White, F. Les organismes bénévoles et la promotion de la santé. Observations sur le rôle des organismes non gouvernementaux, plus particulièrement dans le secteur bénévole. *Revue canadienne de santé publique*, 77, novembre/décembre 1986:431-436.